

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Crisis económicas, sistemas sanitarios y salud

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sara Tena Reiff

Directora

María Ángeles Cea D'Ancona

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA
Departamento de Sociología: Metodología y Teoría



TESIS DOCTORAL
Crisis económicas, sistemas sanitarios y salud

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR:

Sara Tena Reiff

DIRIGIDA POR:

M^a Ángeles Cea D'Ancona

Madrid, 2019



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. SARA TENA REIFF,
estudiante en el Programa de Doctorado EN SOCIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA,
de la Facultad de CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA de la Universidad Complutense de
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y
titulada:

CRISIS ECONÓMICAS, SISTEMAS SANITARIOS Y SALUD

y dirigida por: M^a ÁNGELES CEA D'ANCONA

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 26 de AGOSTO de 20 19

Fdo.:

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en
la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Agradecimientos

A M^{re} Ángeles por su dedicación, paciencia, sacrificio y sus conocimientos compartidos.

Al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, por colaborar en este proyecto distribuyendo la encuesta a los médicos colegiados de la Comunidad de Madrid.

A Miguel Ángel Ruiz de Azúa, por su apoyo en la organización de la encuesta. A los administrativos, enfermeros y médicos que han participado en las entrevistas y en la encuesta. A mi familia, por su calor y cariño. Y a todas las personas que, de tantas y tan diferentes maneras, me han impulsado en este proyecto.

Índice

Índice	4
Índice detallado.....	5
Resumen.....	8
Abstract	11
CAPÍTULO 1. Introducción	15
CAPÍTULO 2. Estado de la cuestión	19
CAPÍTULO 3. Marco teórico.....	23
CAPÍTULO 4. Objetivos de investigación	42
CAPÍTULO 5. Estrategia metodológica	45
CAPÍTULO 6. El estado de la sanidad.....	66
CAPÍTULO 7. El estado de la salud.....	84
CAPÍTULO 8. ¿Qué opinan los ciudadanos?	158
CAPÍTULO 9. Opinión de los profesionales de la salud I: entrevistas en profundidad.....	221
CAPÍTULO 10. Opinión de los profesionales de la salud II: encuesta	236
CAPÍTULO 11. Conclusiones	304
Índice de gráficos	322
Índice de tablas	330
Referencias bibliográficas	332
Anexos	343

Índice detallado

Índice	4
Índice detallado.....	5
Resumen.....	8
Abstract	11
CAPÍTULO 1. Introducción	15
CAPÍTULO 2. Estado de la cuestión	19
2.1. La crisis económica del 2008.....	19
2.2. Aprobación del RD-Ley 16/2012	21
CAPÍTULO 3. Marco teórico.....	23
3.1. Defensa de los efectos negativos de la crisis en la salud	24
3.2. Rechazo de efectos negativos importantes por la crisis	30
CAPÍTULO 4. Objetivos de investigación	42
4.1. Objetivos generales y específicos.	43
CAPÍTULO 5. Estrategia metodológica	45
5.1. Encuesta al colectivo médico colegiado de la Comunidad de Madrid.....	46
5.1.1. Tipo de encuesta escogida	47
5.1.2. Diseño del cuestionario.....	49
5.1.3. Diseño de la muestra.....	52
5.1.4. Test piloto.....	54
5.1.5. Trabajo de campo.....	55
5.2. Entrevistas al personal de la sanidad de Madrid	56
5.3. Análisis de datos secundarios	61
5.4. Análisis de redes.....	64
CAPÍTULO 6. El estado de la sanidad.....	66
6.1. Gasto sanitario	67
6.2. Centros de atención primaria y especializada.....	69
6.3. Dotación básica	71
6.4. Dotación tecnológica.....	74
6.5. Personal.....	78
6.6. Sinopsis.....	81
CAPÍTULO 7. El estado de la salud.....	84
7.1. Esperanza de vida.....	84
7.2. Mortalidad.....	88

7.2.1. Aspectos metodológicos de este apartado	88
7.2.2. Resultados	93
7.3. Morbilidad y problemas de salud.....	100
7.3.1. Atención especializada I: altas hospitalarias.....	101
7.3.2. Atención especializada II: otros indicadores de asistencia hospitalaria	110
7.3.3. Atención primaria.....	117
7.3.4. Uso de fármacos.....	120
7.3.5. Salud autopercebida	122
7.4. Hábitos saludables	124
7.4.1. Hábitos alimenticios y consumo de alcohol.....	125
7.4.2. Índice de Masa Corporal (IMC).....	135
7.4.3. Consumo de tabaco.....	137
7.5. Entendiendo el papel de la cobertura pública en sanidad.....	139
7.5.1. Preparación de los datos	140
7.5.2. Resultados del modelo	143
7.6. Sinopsis.....	153
CAPÍTULO 8. ¿Qué opinan los ciudadanos?	158
8.1. Opinión de los ciudadanos a partir del Barómetro Sanitario.....	158
8.1.1 Evolución de la opinión sobre la sanidad	159
8.1.2. Análisis de la opinión en 2018.....	181
8.2. La opinión en Twitter sobre los sistemas sanitarios; un análisis de redes.....	194
8.3. Sinopsis.....	216
CAPÍTULO 9. Opinión de los profesionales de la salud I: entrevistas en profundidad.....	221
9.1. Temas compartidos en las entrevistas.....	222
9.2. Opiniones contrapuestas	228
9.3. Temas tratados de forma menos frecuente	232
9.4. Contradicciones en cada relato.....	233
9.5. Sinopsis de las entrevistas.....	234
CAPÍTULO 10. Opinión de los profesionales de la salud II: encuesta	236
10.1. Opinión sobre el sistema sanitario español.	238
10.1.1. Valoración general del sistema sanitario en España.....	239
10.1.2. Valoración de la sanidad pública y privada en España.....	240
10.2. Opinión sobre el Real Decreto-ley 16/2012.	252
10.2.1 ¿Ha tenido efectos en la salud?	253
10.2.2 ¿Ha tenido efectos en la atención sanitaria?	258
10.2.3. Más allá de las respuestas, ¿cómo se estructuran estas opiniones?	263

10.3. Opinión sobre la crisis económica del 2008.....	273
10.3.1. ¿Ha tenido efectos en la salud?	274
10.3.2. ¿Ha tenido efectos en la atención sanitaria?	283
10.3.3. ¿Cómo se estructuran estas opiniones?	286
10.4. Tipologías de respuestas (análisis de conglomerados)	288
10.5. Sinopsis.....	297
CAPÍTULO 11. Conclusiones	304
11.1 Discusión de los principales resultados.....	306
11.1.1. Efectos en la salud de la población	306
11.1.2. Efectos en la sanidad.....	314
11.2. Contexto académico.....	317
11.3. Objetivos e hipótesis	319
11.4. Planteamiento para futuras investigaciones.....	320
Índice de gráficos	322
Índice de tablas	330
Referencias bibliográficas	332
Anexos	343

Crisis económicas, sistemas sanitarios y salud

Resumen

A partir del año 2008 la economía mundial entró en recesión económica, afectando esta especialmente a España. En este contexto se aprobó el Real Decreto-ley 16/2012, con el fin declarado de reducir el gasto público y mejorar la eficiencia en la sanidad. Este decreto contenía dos medidas muy polémicas: la limitación de la asistencia sanitaria a una parte de la población (especialmente a los inmigrantes sin permiso de residencia) y el copago farmacéutico.

El objetivo de esta tesis es analizar los efectos de la crisis económica del 2008 y del Real Decreto-ley 16/2012 en la salud y la sanidad, y también contrastar la opinión de los ciudadanos y del personal sanitario al respecto.

Para ello se han analizado diversos indicadores sobre salud y sanidad de las principales fuentes estadísticas (Instituto Nacional de Estadística, Organización Mundial de la Salud, etc.). Además, se ha realizado una encuesta online a los médicos de la Comunidad de Madrid, entrevistas en profundidad al personal sanitario del municipio de Madrid, y se ha analizado la opinión de los ciudadanos a partir de encuestas públicas y de conversaciones en Twitter.

Los resultados muestran que con la crisis económica y la aprobación del decreto no se han dado grandes efectos en la salud en general, aunque algunos problemas de salud han empeorado ligeramente y otros han mejorado. Se ha constatado que el gasto público en sanidad tiene un papel clave a la hora de preservar la salud de la población.

La esperanza de vida, la mayoría de las causas de mortalidad y de morbilidad, así como la prevalencia de la obesidad no muestran cambios significativos con la crisis económica, ni con el decreto mencionado. Tampoco apreciamos cambios relevantes en la salud autopercebida.

Sí han aumentado los problemas de salud mental, incluyendo los suicidios. Por otro lado, han disminuido las muertes y los problemas de salud asociados a los

accidentes, especialmente con vehículos de motor, debido probablemente a la reducción del tráfico durante la crisis. También se han reducido los problemas de salud asociados al embarazo, parto y puerperio, con motivo de la caída de la natalidad que acompañó la crisis.

Se observa, además, una disminución en el gasto farmacéutico (de medicamentos recetados) y en el número de medicamentos vendidos (recetados), debido probablemente al Real Decreto-ley 16/2012 (que incluyó una revisión de la financiación farmacéutica) y al contexto económico, provocando que las personas racionalizaran el gasto.

Algunos hábitos saludables también se han modificado. Con la crisis, se ha reducido ligeramente el consumo total de carne, pescado, frutas, verduras, patatas, bollería y cerveza. En cambio, se observa un aumento en el consumo total de arroz, pasta y vino, y un ligero repunte en el consumo de tabaco.

En cuanto a la atención sanitaria, observamos que no ha habido prácticamente efectos negativos. Sí ha habido una disminución del gasto sanitario público, que parece haber afectado sobre todo a las condiciones laborales del personal sanitario (incluido los salarios) y a una saturación en las consultas. Pero no se observa una falta de recursos para atender a los pacientes, ni en cuanto a equipamientos generales, ni a equipamientos tecnológicos.

Se observa también un incremento considerable en las urgencias atendidas, a raíz de la Real Decreto-ley 16/2012, que excluyó a una parte de la población de la sanidad primaria y especializada, teniendo que recurrir a las urgencias para ser atendida.

En cuanto a la percepción de la ciudadanía, destaca una buena valoración de los servicios sanitarios que se ha mantenido en el tiempo a pesar de la crisis y la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012. No obstante, resulta llamativo que también aumenta la percepción de que la sanidad ha empeorado con relación a la de años anteriores, pese a que la valoración se mantiene constante y positiva.

La opinión del personal sanitario concuerda con los datos observados salvo en algún punto, y es que algunos médicos y enfermeros declararon una disminución

del número de tratamientos y pruebas diagnósticas con la crisis, hecho que no hemos observado con los datos. Es posible que los datos analizados no abarquen todos los tratamientos y pruebas, o que sean demasiado generales como para reflejar pruebas y tratamientos concretos. Los médicos también resaltaron el aumento en las listas de espera, hecho que no hemos podido contrastar por falta de datos. Cabe destacar, además, cierta asociación de la opinión con la ideología política.

La discusión académica en torno a estas cuestiones muestra posiciones muy variadas. Hay bastante consenso en cuanto al aumento de los suicidios y la disminución de los accidentes de tráfico en épocas de crisis, pero el resto de consecuencias queda en terreno de debate. Algunos estudios defienden que los efectos de la crisis en la salud son generalmente negativos, y que se acentúan si se aplican medidas de austeridad. Muchos de estos estudios basan su argumentación en los efectos drásticos en la salud observados en los antiguos países de la Unión Soviética, y las crisis económicas que experimentaron cuando liberalizaron sus mercados. Otras investigaciones sugieren que los efectos en la salud provocados por la crisis son generalmente positivos. Pero, en general, destaca que muchos de estos estudios se basan en comparaciones entre varios países, y no abundan los estudios centrados en el caso de España. Los resultados obtenidos en esta investigación ofrecen una visión amplia del caso de España. Si bien, no pueden contextualizarse ni con la corriente que defiende graves consecuencias negativas en la salud, como sostienen, entre otros, Stuckler y Basu (2013) o Karanikolos et al. (2013), ni con la corriente que defiende efectos positivos en ella, como mantienen Tapia Granados (2013) o Ruhm (2000).

No obstante, hacemos notar que los datos consultados abarcan a la población total, y pueden enmascarar efectos diferenciados en algunos sectores de la población. También, que siempre puede haber efectos a largo plazo, no detectables con los datos actuales. A ello se suma que no hemos tenido acceso a unos datos clave, los relacionados con la atención primaria (no publicados en la fecha de la realización de la tesis).

Economic crises, health systems and health

Abstract

Since 2008 the world economy entered into an economic recession, affecting especially Spain. In this context, Royal Decree-law 16/2012 was approved, with the stated purpose of reducing public spending and improving the health system efficiency. This decree contained two very controversial measures: the limitation of health care to a part of the population (more precisely, immigrants without a residence permit) and the pharmaceutical co-payment.

The objective of this thesis is to analyze the effects of the 2008 economic crisis and of the Royal Decree-law 16/2012 on health and health system, and also to contrast this data with the opinion of the citizens and health personnel.

For this purpose, several indicators about health and the health system have been analyzed from the main statistical sources (National Statistical Institute, World Health Organization, etc.); an online survey has been conducted amongst the physicians of the Community of Madrid region; semi-structured interviews to health personnel have been performed in the town of Madrid; and the opinion of the citizens has been analyzed through public surveys and conversations on Twitter.

The results show that with the economic crisis and the approval of the decree there have been no major effects on overall health, although some health problems have worsened slightly, and others have improved. Public health spending has been found to play a key role in preserving the health of a population.

Life expectancy, most causes of mortality and morbidity, as well as the prevalence of obesity do not show significant changes with the economic crisis or with Royal Decree-Law 16/2012. Neither significant changes in self-perceived health have been noticed.

Mental health problems, including suicides, have increased. On the other hand, deaths and health problems associated with accidents have declined, especially with motor vehicles, probably due to reduced traffic during the crisis. The health problems associated with pregnancy, childbirth and puerperium have also been reduced, due to the decline in the birth rate that accompanied the crisis.

There is also a decrease in the pharmaceutical expenditure (of prescription drugs) and in the number of medicines sold (with prescription), probably due to the Royal Decree-law 16/2012 (which included a review of pharmaceutical funding) and the economic context, causing people to ration spending.

Some healthy habits have also been modified. With the crisis, the total consumption of meat, fish, fruits, vegetables, potatoes, pastries (label that also includes pastry, cookies and cereals) and beer has been slightly reduced. Instead, there is an increase in total consumption of rice, pasta and wine, and a slight rise in tobacco consumption.

Regarding health care, we observe that there have been practically no negative effects. Although there has been a decrease in public health spending, it seems to have mainly affected the working conditions of health personnel (including wages) and a saturation in consultations. But there is no lack of resources to care for patients (neither general equipment, nor technological equipment).

There is also a considerable increase in emergency care with the implementation of Royal Decree-Law 16/2012, which excluded a part of the population from primary and specialized health, having to resort to the emergencies to be treated.

In relation to the perception of citizenry, it stands out the good assessment of the health services that has been maintained over time despite the economic crisis and the application of Royal Decree-law 16/2012. However, it is also outstanding the increase of the perception that the health system services have worsened compared to previous years, although the valuation remains constant and positive.

The opinion of health personnel is consistent with the data observed except at some point: doctors and nurses reported a decrease in the number of treatments

and diagnostic tests with the crisis. Fact that we have not observed in the data set. The data analyzed may not cover all diagnostic treatments and tests or may be too general to reflect specific tests and treatments. Doctors also highlighted the increase in waiting lists, fact that we have not been able to contrast due to lack of data.

The academic discussion around these issues shows very diverse positions. There is consensus regarding the increase in suicides and the reduction of traffic accidents in times of crisis, but the rest of the consequences remain in the field of debate. Some studies argue that the effects of the crisis in health are usually negative, and that they are accentuated if austerity measures are applied. Many of these studies base their argumentation on the dramatic health effects suffered in the former Soviet Union countries and the economic crisis experienced when they liberalized their markets. Other studies suggest that the effects on health caused by the crisis are generally positive. But in general, it points out that many of these studies are based on comparisons between several countries, and that the studies focused on the Spanish case are scarce. The results obtained in this investigation offer a broad vision of the Spanish case, but they cannot be contextualized with those who argue in favour of serious negative consequences on health, as, for example, Stuckler and Basu (2013) or Karanikolos et al (2013) do, nor with those who defend general positive effects on health, as maintained, for example, by Tapia Granados (2013) or Ruhm (2000).

However, note that the consulted data covers the total population, so they can mask differentiated effects in some sectors of the population. Also, there can be long-term effects, not detectable with the current data. In addition, we have not had access to some key data, more precisely to those related to primary care (not published on the date of completion of the thesis).

CAPÍTULO 1. Introducción

Las crisis económicas se han venido desarrollando recurrentemente en los países desarrollados desde, por lo menos, principios del siglo XIX. Su análisis por los economistas todavía dista de haber concluido en una teoría generalmente aceptada y hay múltiples hipótesis explicativas, discordantes unas de otras. En los últimos años también se ha incrementado el interés por conocer la relación que hay entre los ciclos económicos y la salud. Este tipo de estudios son relevantes, no sólo para entender la “producción de la salud”, sino para medir y conocer los efectos de los ciclos económicos (Ruhm, 2015). Desde diversos ámbitos académicos como la Economía, la Sociología o la Epidemiología, se ha tratado de describir esta relación, pero los resultados aportados por las diversas investigaciones muestran una realidad compleja, difícil de explicar y, en muchos casos, incluso de describir. Tal es la complejidad que, ante un fenómeno que *a priori* pudiera parecer sencillo, nos encontramos con investigaciones que aseguran que las crisis económicas impactan negativamente en la salud, mientras que los auges positivamente; e investigaciones que se decantan justo por la postura contraria, afirmando, aunque parezca paradójico, que las recesiones conllevan períodos de mejoras en la salud y que los auges la afectan negativamente.

En parte, este interés en estudiar la relación entre los ciclos económicos y la salud se ha visto acrecentado por la última crisis económica del 2008, conocida como la *Gran Recesión* por su intensidad. Tras más de diez años desde que comenzara, todavía se debate en el ámbito académico cuáles han sido las

consecuencias en la salud. Y esto no sólo porque sea una discusión de cierta complejidad, sino también porque la publicación de muchos indicadores se dilata en el tiempo, y es sólo ahora cuando empezamos a tener cierto bagaje de datos con el que poder observar los efectos de la crisis y postcrisis. Sin embargo, lejos de haber llegado a un consenso en los resultados, ya se asume como inminente la llegada de una próxima recesión y ya empiezan a plantearse los desafíos a los que deberán enfrentarse los sistemas sanitarios y la salud pública en esta ocasión (Peeples, 2019).

Cabe destacar que la mayoría de estos estudios se han efectuado sobre otros países, o a nivel agregado incluyendo diferentes países. La mayor parte de los estudios que hacen referencia al caso de España lo hacen desde una perspectiva comparada con otros países, echando en falta más estudios detallados y pormenorizados sobre la situación española, teniendo en cuenta sus particularidades y no sólo las variables que pueden ser comunes entre países para ser comparados.

En el caso de España la crisis del 2008 fue especialmente intensa, aprobándose además en este contexto el *Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* (RD-Ley 16/2012 en adelante), que incluyó medidas que afectaban a la universalidad del acceso a la sanidad, a la cartera de servicios ofertados, a una reforma financiera, a la prestación farmacéutica y al ámbito de los recursos humanos. Este decreto resultó ser bastante polémico¹, sobre todo porque parte de la atención sanitaria dejó de ser universal y gratuita.

Nuestra investigación intentará determinar en qué medida la crisis desarrollada a partir del 2008, así como el RD-Ley 16/2012, han tenido un impacto en la salud de los españoles y en el funcionamiento del sistema sanitario. Además, queremos contrastar estos datos con la opinión de los ciudadanos sobre estos temas, y comprobar si esta opinión también se ha visto afectada con la crisis o con el decreto mencionado.

¹ El alcance polémico de esta medida se refleja en algunas de las noticias referidas en el capítulo 3.

Como podemos ver, dado que nuestro objeto de investigación es muy extenso y difícil de concretar, se ha abordado desde diferentes perspectivas. Así hemos tratado la salud no sólo en términos objetivos, sino que también hemos incluido el sistema sanitario y la opinión de los ciudadanos como distintas dimensiones asociadas directamente a la salud. A la sanidad la estudiamos porque es proveedora y protectora de salud; la opinión de los ciudadanos para contrastarla con los datos objetivos y ver el grado de coherencia con estos, así como para comprobar el grado de conciencia que tienen sobre el problema tratado (al fin y al cabo son los afectados).

Para investigar el estado de la salud y de la sanidad, hemos realizado una revisión y análisis de los datos estadísticos disponibles en fuentes públicas. Además, los hemos complementado con la información aportada por una encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid, y por unas entrevistas al personal sanitario.

Para conocer la opinión de los ciudadanos hemos procedido al análisis de datos secundarios, y hemos complementado estos con el análisis de la conversación en redes sociales, concretamente en Twitter, para ver qué argumentos y posturas son las dominantes en este ámbito.

En la presente tesis doctoral esperamos poder exponer de forma clara los principales hallazgos obtenidos, detallando todo el proceso seguido en la investigación.

Una primera parte de la tesis lo conforman los capítulos dedicados a dar a conocer el problema de investigación. Tras este primer capítulo introductorio, en el segundo describiremos el contexto económico y social que vivió España desde finales del 2007 y 2008, que dio lugar a la recesión económica y la aprobación de ciertas medidas legislativas en el ámbito de la salud. El tercer capítulo dará una visión general de las principales investigaciones realizadas en este ámbito, explicando en qué consisten las distintas posturas académicas. Una vez se conozca el contexto académico, propondremos de forma sistemática los objetivos e hipótesis planteados en esta investigación, en el capítulo cuarto. El

siguiente capítulo, el quinto, presentará la estrategia metodológica seguida para abordar los objetivos propuestos.

La segunda parte de la tesis se centra en el análisis y lo conforman cinco capítulos. El primero de ellos, el capítulo seis, describirá el estado de la sanidad mostrando los cambios acontecidos con la crisis y la aplicación del RD-Ley 16/2012. El capítulo siete hará lo mismo, pero describiendo la situación de la salud de la población española. En el ocho se investigará la opinión de los ciudadanos sobre estos temas. El siguiente capítulo, el noveno, describirá la opinión del personal sanitario basado en entrevistas en profundidad. El capítulo diez se centra en la opinión de los médicos, que se ha obtenido mediante una encuesta. Al final de cada uno de estos capítulos de análisis se incluye una sinopsis a modo de resumen.

La tercera parte lo conforma el capítulo diez con las conclusiones, y además los índices de gráficos y tablas, las referencias bibliográficas y los anexos, como figura en el índice.

CAPÍTULO 2. Estado de la cuestión

2.1. La crisis económica del 2008

A finales del año 2007, la gran mayoría de los países experimentaron las primeras señales del inicio de una recesión, como el aumento en las tasas de desempleo, o la desaceleración en las tasas de crecimiento del PIB. En España, la crisis del 2008 en adelante fue especialmente intensa, en comparación con las anteriores, y además estuvo acentuada por el estallido de burbuja especulativa inmobiliaria entre 2007 y 2008, que afectó de manera muy importante no sólo al aparato financiero, sino también en un plano social y cultural.

Tal y como se aprecia en el gráfico 1.1 con los datos del Eurostat, la tasa de desempleo media de la Unión Europea aumentó 4,2 puntos entre julio de 2008, fecha con la tasa de paro más baja, y febrero de 2013, fecha con la tasa de paro más alta, pasando de una tasa de paro media del 7,2% al 11,4% entre esos años. Aunque no tomamos en consideración la estacionalidad, porque lo habitual es que el paro sea más bajo en los meses estivales y más alto en los primeros meses del año, claramente se observa en el gráfico que la tasa de paro aumentó entre esos años. En España la situación fue aún más acusada, experimentando un aumento de 17,2% puntos entre julio de 2007 y febrero de 2013, pasando de una tasa de desempleo del 10,2% a una del 27,4% entre estas fechas. Al igual que en el caso de la tasa europea, y a pesar de que la diferencia esté algo ampliada por la estacionalidad de la serie, esta diferencia se debe principalmente a la fase de recesión por la que estaba pasando el país.

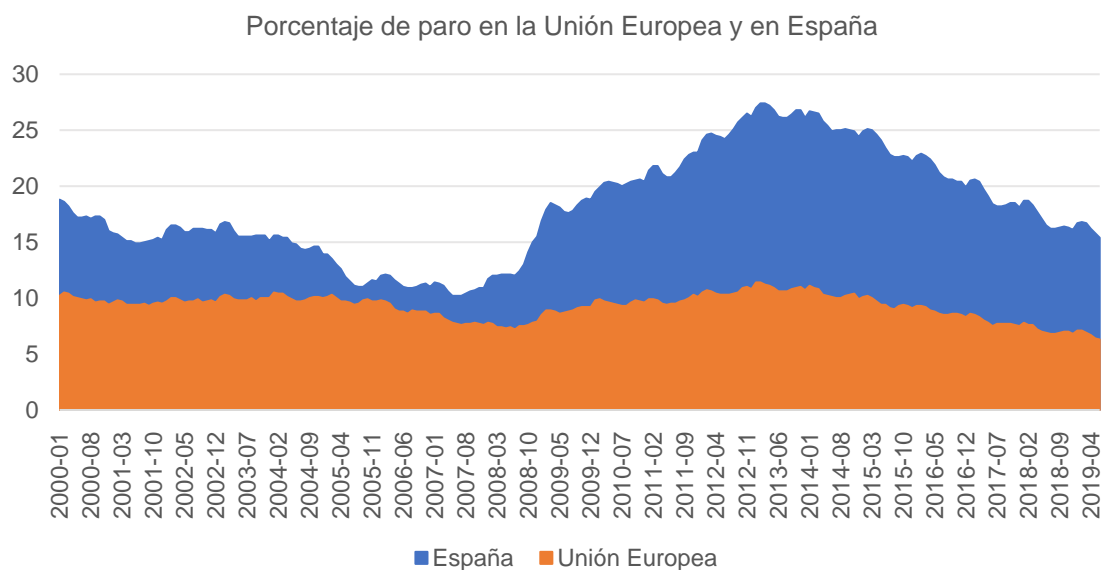


Gráfico 1.1. evolución del paro en España y la Unión Europea. Fuente: Eurostat

En esas fechas la tasa de crecimiento del PIB también experimentó un declive, pasando, según los datos del Banco Mundial del 3,8% en 2007 al 1,1% en 2008, para situarse, a partir de esta fecha, en valores negativos o muy cercanos al 0% hasta el 2014. Lo que supone un impacto muy considerable, mayor que el que venía siendo lo común en las crisis anteriores. De forma similar, se registró un incremento considerable de 64,8 puntos en la deuda pública entre los años 2007 y 2014, pasando del 35,6% al 100,4%.

En este contexto, y con el compromiso de reducir el gasto público, tras recibir el rescate financiero por parte de la Unión Europea, en España se aprobaron una serie de medidas encaminadas a reducir el gasto público, entre otros objetivos. Entre estas encontramos, por ejemplo, el “*Real Decreto-ley 14/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes de racionalización del gasto público en el ámbito educativo*”², o también el “*Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y*

² Véase https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5337

*mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”*³. Veamos un poco más en detalle en qué consistió esta segunda medida.

2.2. Aprobación del RD-Ley 16/2012

El RD-Ley 16/2012 supuso una amplia reforma en numerosos ámbitos de la sanidad. Daremos un esquema sintético de las principales medidas que incluyó:

- Acceso a la sanidad: se modificó la condición de asegurado. De modo que la asistencia sanitaria pública gratuita sólo cubría a los asegurados y a sus beneficiarios. Salvo las embarazadas y los menores de edad, los extranjeros que no tuvieran la documentación como residentes en España y las personas en desempleo que hubieran agotado todas las prestaciones y no estuvieran inscritas en las oficinas de empleo sólo tenían derecho a la asistencia gratuita en caso de urgencias graves (Cap. I Art. 3º).
- Servicios que abarca la sanidad pública: se modificó la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que define los servicios básicos, los suplementarios (prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario no urgente) y los accesorios (actividades no esenciales sujetas a aportación y/o reembolso) que ofrece la sanidad pública. Además, se estableció una cartera de servicios complementarios que las comunidades autónomas podrían complementar a la cartera común mencionada (Cap. II).
- Eficiencia económica: se fijaron “medidas de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud”, que abarcan el ámbito económico y financiero (Cap. III).
- Prestación farmacéutica: se regularon los criterios de financiación de medicamentos, con la prescripción por principio activo, y la gestión y distribución de esa financiación (copago, reembolso, etc.). También se

³ Véase <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>

redefinieron los criterios para fijar los precios de los medicamentos (Cap. IV).

- Recursos humanos: se propuso una homologación de normas, títulos, retribuciones, categorizaciones profesionales, etc., para todo el Sistema Nacional de Salud. Se reguló un registro estatal de profesionales con el objetivo de agilizar los procesos de asignación, recuento y libertad de movimiento en el ámbito de los recursos humanos (Cap. V).

Este decreto estuvo vigente desde abril de 2012 hasta julio de 2018, fecha a partir de la cual se aprobó el “*Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*”⁴, que revocó el anterior RD-Ley 16/2012 y se aprobó con el objetivo expreso de devolver el acceso universal a la población.

⁴ Véase https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752

CAPÍTULO 3. Marco teórico

La influencia de la economía en la salud en los países desarrollados ha sido ampliamente analizada desde diversos campos de estudio y ámbitos académicos. Los enfoques de investigación son variados, y algunos se centran en las desigualdades económicas, mientras que otros en los ciclos económicos. Nuestro trabajo se enmarca sobre todo en este segundo enfoque, con especial énfasis en el impacto en la salud y en los sistemas sanitarios de la última crisis del 2008 en España.

También los principales medios de comunicación se hicieron eco de los efectos que la última crisis del 2008 en nuestro ámbito de estudio. Se publicaron noticias en este sentido tanto en medios nacionales, como El País⁵, El Mundo⁶, ABC⁷ o Público⁸, como internacionales, como The Washington Post⁹ o The Guardian¹⁰. En ellas se subrayaban especialmente los efectos negativos en la sanidad y en la salud de los países más afectados por la crisis económica del 2008.

En el ámbito académico, en cambio, domina la heterogeneidad en las posiciones defendidas. A pesar de ser un tema muy asociado al estudio de indicadores “objetivos”, resulta llamativo que las tesis pueden llegar a considerarse incluso contradictorias. Esto denota que la realidad que se está abordando no resulta

⁵ https://elpais.com/sociedad/2014/01/26/actualidad/1390761498_002426.html

⁶ <https://www.elmundo.es/salud/2014/06/19/53a1e0e3268e3eda368b457e.html>

⁷ <https://www.abc.es/sociedad/20130419/abci-crisis-afecta-salud-griegos-201304181806.html>

⁸ <https://www.publico.es/actualidad/ninos-crisis-tendran-secuelas-salud.html>

⁹ https://www.washingtonpost.com/world/greeces-prescription-for-a-health-care-crisis/2014/02/21/adabb7ac-8db1-11e3-99e7-de22c4311986_story.html

¹⁰ <https://www.theguardian.com/world/2011/oct/10/greece-economic-crisis-health>

evidente ni simple. Si sintetizamos al máximo las distintas corrientes académicas, podemos dividir las en dos.

Una primera defiende la existencia de efectos negativos de la crisis en la salud, lo que también se corresponde con una visión intuitiva o popular. En estos estudios se habla de las consecuencias de las recesiones. Pero también se incide mucho en las medidas adoptadas por los gobiernos en contextos de crisis, como las privatizaciones, los recortes en servicios sociales, o el RD-Ley 16/2012 en el caso español.

La segunda corriente niega o minimiza tales efectos negativos de la crisis, y muchos estudios defienden que la crisis ha traído consigo efectos positivos, aunque resulte contrario a una opinión generalizada.

A continuación, detallaremos algunos de los autores más importantes en cada corriente.

3.1. Defensa de los efectos negativos de la crisis en la salud

Muchos de los estudios en esta posición tienden a igualar los efectos que han acarreado crisis pasadas, en regiones diversas del mundo, con la crisis actual.

Un ejemplo lo encontramos en Karanikolos et al. (2013). Estos autores analizan diversos datos sobre salud en varios países durante varias crisis económicas, como por ejemplo las que acompañaron la caída de la URSS (principios de los años 90), la Gran Depresión (principios de los años 30), o las crisis económicas asiáticas (finales de los años 90). Tomando estas crisis como referencia, advierten de las consecuencias futuras que podrían sufrir los países más afectados por la crisis del 2008, como España y Grecia. Pero sus apreciaciones se basan más en advertencias de lo que podría ocurrir que en datos empíricos, por otra parte no demasiado accesibles en la fecha de la publicación de sus artículos.

Estos autores analizan la actuación de los gobiernos y las políticas públicas. Dado que con el inicio de la crisis económica aumentó, de forma importante, el déficit público en muchos países, los gobiernos se vieron obligados a tomar

medidas de ahorro. Algunos tuvieron que recurrir a préstamos financieros y rescates a la Unión Europea y el Fondo Monetario Internacional, como es el caso de Grecia, Portugal o España. Para garantizar la devolución de los préstamos, muchos gobiernos se comprometieron a ejecutar una serie de políticas de austeridad con el fin de reducir el gasto público y la deuda. Los países en los que se recurrió a esta vía en general estuvieron más afectados por la crisis, y son el foco de atención de Karanikolos y sus colaboradores (2013). También estudian otras medidas tomadas por los gobiernos, como el aumento en el impuesto del alcohol o del tabaco, con el fin declarado de evitar más problemas de salud e igualmente de reducir el gasto en la sanidad pública. Según estos autores, los efectos en cada país fueron diferentes.

Algunos de sus artículos se publicaron en 2013, cuando aún no había muchos datos disponibles sobre la situación de la salud. Entonces admitieron que aún era pronto para poder evaluar la situación con precisión, pero ya advirtieron que en los países donde tuvieron lugar los recortes más importantes (Grecia, Portugal o España) aumentaron los suicidios y los brotes de enfermedades infecciosas como la tuberculosis o el VIH. También resaltaron la disminución de los accidentes de tráfico.

Asocian muchos de estos efectos a las medidas tomadas por los gobiernos. Utilizan como contraste el caso de Islandia, donde según estos autores no hubo recortes gracias a un referéndum popular y donde apenas hubo efectos en la salud que se hubieran detectado por aquél entonces. Igualmente señalan los estudios de Karsten y Moser (2009), donde se afirma que la prevalencia de problemas psicológicos es mayor en las personas en situación de desempleo y aún mayor en los países donde hay menos sistemas de protección social públicos. De forma similar, Karanikolos et al. (2013) destacan los estudios de Martikainen y Valkonen (1996), que también centran el foco en la gente desempleada, señalando que tienen mayor riesgo de morir en épocas de crisis económica, al ir asociados al aumento de comportamientos no saludables.

En una línea argumentativa similar, podemos encontrar a Stuckler y Basu (2013), quienes comparan las crisis actuales con el derrumbe de la Unión Soviética. Destacan la catástrofe que supuso en la esfera económica y social estas transiciones y también su efecto en la salud. Así, se observan caídas importantes

en la esperanza de vida, mayores en los países donde la transición fue más rápida debido a políticas radicales de privatización. En general, señalan que el efecto de la transición económica en la salud depende también de lo protegidas que estén las personas frente a conductas autodestructivas. En este sentido, por ejemplo, mientras que se prohibió el alcohol en EE.UU durante la Gran Depresión, éste era barato y fácil de conseguir en los países de la antigua Unión Soviética, lo que fomentó un elevado consumo con las consiguientes repercusiones negativas en la salud. Karanikolos et al. (2013) hacen mención a estos estudios, destacando la importancia del *capital social*. Así, señalan los efectos beneficiosos de formar parte de un grupo, como pueden ser las amistades, la familia, asociaciones deportivas, religiosas, etc. Según estos autores, estas instituciones han tenido un papel fundamental en mitigar las consecuencias negativas de los procesos de transición de estos países.

En Stuckler et al. (2010), se señala la importancia del gasto público, en especial en bienestar social. Muestran que cada aumento de \$100 por persona al año en gastos de bienestar social se corresponde a una disminución del 1,19% en la mortalidad por cualquier causa. Cuanto menos se gaste, menos capacidad tendrá el sistema de contrarrestar efectos negativos. Por ejemplo, en los países que gastan menos de \$70 por persona, como los países de Europa del Este, cuando la economía entra en crisis se correlaciona con un mayor aumento en los suicidios. En contraposición, en países donde se gasta al menos \$300 por persona, como es el caso de Finlandia y Suecia, apenas se han notado cambios en la salud asociados a las crisis económicas. Observan que el aumento del gasto de bienestar social reduce significativamente la mortalidad en causas como son las relacionadas con el alcohol, incluso en mayor medida que el aumento del gasto en atención en salud. Por otro lado, señalan la dificultad de poder asociar efectos de enfermedades infecciosas a cambios económicos, ya que estas enfermedades siguen una pauta compleja. Sin embargo, en Suhrcke et al. (2011) se afirma la existencia de cierto deterioro en las enfermedades infecciosas durante las crisis económicas, que asocian a peores condiciones de vida, a restricciones en la atención y el cuidado, y un empeoramiento en la calidad de los tratamientos. Señalan a los niños, a las personas mayores de 65

años y otros grupos en riesgo, como inmigrantes y gente sin techo, como los sectores más vulnerables a las infecciones.

Por otro lado, encontramos estudios más centrados en los efectos de los desórdenes mentales. Así, Gili et al. (2012) y Kentikelenis et al. (2011) indican que su incidencia ha aumentado en España y en Grecia, y que los suicidios lo han hecho en EE.UU desde 2007. Karanikolos et. al (2013) también analizan este aspecto, destacando que los países que tuvieron más recortes en los servicios públicos y tasas de desempleo más altas fueron también los que mostraron un mayor aumento en los suicidios. Toman a Islandia como contraste, ya que no aceptó las políticas de austeridad, a pesar de haber sido también un país muy afectado por la crisis económica, y no muestra apenas efectos en la salud y tampoco en los suicidios. Destaca este grupo de trabajo, además, que precisamente en Islandia la mayoría de las habitantes posee un gran *capital social*, provocando un fuerte sentimiento de unidad que ayudó a mitigar los efectos negativos de la crisis en la salud. Gili et al. (2012) afirman que el aumento de los desórdenes mentales en España, entre 2006 y 2010 fue significativo, destacando los relacionados al alcoholismo, a la ansiedad y a la depresión. Defienden que al menos la mitad del crecimiento de los desórdenes mentales puede atribuirse al desempleo y a las deudas que han tenido que afrontar muchas familias y empresas.

En los últimos artículos de este grupo de trabajo (Stuckler et al., 2017) se insiste en diferenciar entre los efectos de la crisis económica (aumento de desempleo, de la pobreza, etc.) y los de las medidas de austeridad adoptadas por los gobiernos. En la crisis del 2008, la Troika abogó por reducir el gasto público con el fin de disminuir el déficit público. Por lo que muchos países tuvieron que optar por las medidas de austeridad. Estos autores consideran que la austeridad puede tener consecuencias en la salud a través de dos vías. Primera, como "efecto de riesgo social"; es decir, debido al contexto en el que suelen aprobarse las medidas de austeridad, generalmente en crisis económicas en las que se reducen las medidas de protección social que podrían mitigar sus riesgos para la salud. Segunda, como "efecto sanitario" provocado por los recortes en los servicios de salud, así como reducciones en la cobertura sanitaria y la limitación

del acceso a la atención. En definitiva, pretenden separar los efectos de la crisis de los de las políticas públicas de austeridad adoptadas por muchos gobiernos.

Como efectos de “riesgo social”, y tomando a Gran Bretaña como ejemplo, describen que se incrementaron los suicidios justo cuando aumentó el desempleo, especialmente en las regiones donde hubo más recortes.

En cuanto al acceso a la vivienda, al reducir las ayudas y subsidios en este ámbito, aumentó el riesgo de exclusión social y del número de personas sin hogar, y con ello las enfermedades infecciosas, causas variadas de morbilidad (especialmente las causas externas) y, en general, un aumento en el riesgo de mortalidad prematura.

También destacan (Stuckler et al., 2017) un empeoramiento en la calidad de la alimentación, especialmente en los sectores sociales sin recursos, que tuvieron que acudir a fundaciones y bancos de alimentos. Destacan en este sentido especialmente los casos de España, Grecia y Francia, donde estos sectores aumentaron con la crisis. Resaltan el hecho de que, a más austeridad, más gente tendrá que acudir a estos centros de distribución. Además, siguiendo los datos de Eurostat, afirman que aumentó el número de personas que no puede consumir una ración de carne, al menos cada dos días, en Europa a partir de 2010 (de 8,7% en 2009 a 10,9% en 2012), cuando se empezaron a imponer las medidas de austeridad. Si el desempleo provoca inseguridad alimenticia, las medidas de austeridad exacerban esta situación.

Los problemas mentales asociados a ansiedad y depresión aumentaron en la gran mayoría de países, dentro y fuera de Europa, con el consiguiente incremento de los suicidios. Hacen referencia a estudios donde, de entre varios factores de riesgo que puedan desencadenar un suicidio, señalan la estrecha relación entre los factores económicos y el desencadenante en suicidio (Reeves et al., 2015). También en este caso, Stuckler et al. (2017) consideran que una buena parte de los suicidios podrían haberse evitado, siendo las políticas de austeridad las que no atenúan los efectos negativos de la crisis en la salud mental.

Igualmente señalan que los recortes a la atención social y las pensiones han sido, en cierto modo, responsables del aumento en la mortalidad de las personas mayores de 85 años en el Reino Unido.

Recalcan, igualmente, efectos negativos en la prestación sanitaria. Algunos países han limitado el acceso, como es el caso de España, pero esto no es debido tanto a la crisis como a la aplicación de medidas de austeridad, ya que no todos los países han restringido el acceso a la sanidad.

En definitiva, los resultados de sus investigaciones más recientes mantienen una argumentación muy similar a la presentada en fechas anteriores.

El caso de España

En una línea argumentativa similar, Legido-Quigley et al. publican una serie de artículos como “Erosion of universal health coverage in Spain” (2013a) o “Will austerity cuts dismantle the Spanish health care system?” (2013b), centrados en el caso de España, donde alertan de las consecuencias negativas en la salud de la crisis económica y de las medidas de austeridad. Ponen de relieve que, siendo la sanidad española la que tiene un gasto público de los más bajos de Europa (en torno al 7% antes del RD-Ley 16/2012), esta tenga que verse sometida a una serie de recortes, justo en el momento en el que la necesidad y la demanda de la población aumentan (por ejemplo, en la salud mental). Fundamentan su posición en 34 entrevistas cualitativas realizadas en Cataluña y en el análisis del Barómetro Sanitario del Centro de investigaciones Sociológicas. A partir de estos datos, destacan la preocupación de los médicos por la posibilidad de que la sanidad se esté privatizando con el pretexto de la crisis económica. También, que el sistema sanitario haya ocupado el quinto lugar entre las preocupaciones de los españoles, según los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas, habiendo sido señalado por el 13% de los encuestados como primera opción. Más allá de expresar las preocupaciones del sector médico y de la población española sobre incertidumbre que reinaba en aquellos años sobre la situación de la sanidad, se apoyan en los estudios de Gili et al. (2012), ya mencionados, para resaltar que las medidas de austeridad han provocado el aumento de

algunos problemas de salud mentales, como la depresión, los suicidios o el alcoholismo.

Pero, además de las advertencias y de la aprensión expresada como consecuencia del contexto económico, Legido et al. (2013a y 2013b) no describen datos sobre la situación de la salud, y únicamente transmiten las opiniones y el percibir de la población. Su postura se basa más bien en “lo que podría ocurrir”, más que en los hechos. Realmente los títulos sugieren realidades que no se observan en los datos mencionados en el artículo, y evocan a una situación más grave de lo que puede deducirse de los datos. Por otro lado, hacemos notar de estos artículos que no se distinguen de forma clara los efectos de la crisis, de los efectos de las políticas de austeridad. Si bien hay que señalar que es difícil distinguirlos, en los artículos anteriormente mencionados, sí se enfatizaba la importancia de los efectos de las políticas y actuaciones del gobierno como desencadenantes. Pero en los textos del equipo de Legido et al. (2013a y 2013b) no se diferencian las consecuencias derivadas de la crisis económica de las debidas a la aprobación del RD-Ley 16/2012.

3.2. Rechazo de efectos negativos importantes por la crisis

Una segunda línea argumentativa rechaza efectos generales negativos de la crisis, aunque no se niegue que alguna causa en particular de mortalidad o morbilidad sí pueda haber empeorado. En general, en la literatura suele haber bastante consenso en lo que respecta al aumento de problemas de salud, el aumento de los suicidios, y la disminución de los accidentes de tráfico. En el resto de los problemas de salud, como las enfermedades infecciosas o las cardiovasculares, entre otras, existen discrepancias sobre si aumentan o disminuyen debido a la crisis económica.

Existen estudios que incluso, en contra de una opinión popular, defienden la idea de que la crisis económica puede haber tenido en balance efectos positivos sobre la salud. Así se han publicado numerosos artículos en este sentido, donde se defiende este tipo de comportamiento, como en los países de la OCDE (Gerdthamand y Ruhm, 2006), países de Asia y del Pacífico (Lin, 2009), algunos

países de Centroamérica como México (González y Quast, 2011), EE.UU (Ruhm, 2000), Canadá (Ariizumiand y Schirle, 2012), Europa (Toffolutti y Suhrcke, 2014), Alemania (Neumayer, 2004), Francia (Buchmueller et al., 2007) o España (Tapia Granados, 2013 y 2014). En todos estos estudios se observan bastantes variaciones, pero el nexo común es que, en general, hay efectos positivos de la crisis en la salud. Concretamente, se observa que la mortalidad por accidentes con vehículos de motor disminuye en épocas de crisis, así como también lo hace la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Veamos más detalladamente algunos de estos estudios.

Datos sobre EE.UU

En EE.UU, donde no hay una cobertura médica pública general como en los países europeos, o al menos no la ha habido durante la mayoría de los años de a la crisis (en 2014 se implementó buena parte del *Obamacare*, que amplió de forma significativa la cobertura médica pública disponible hasta entonces), se han realizado estudios con similares conclusiones.

Así apuntan algunas publicaciones más recientes, como las de Strumpf et al. (2017), quienes centran su análisis en los años más severos de la crisis (en el caso de EE.UU), examinando las causas de mortalidad generales y específicas, diferenciando por sexo, raza y grupos de edad. Usaron información auxiliar, como el mes de fallecimiento. Construyeron una base de datos con una estratificación para cada causa de mortalidad, con el mes de fallecimiento, sexo, edad y raza, para cada estado. Se centraron igualmente en las áreas metropolitanas (\geq a 50.000 habitantes).

Observan una disminución en la mortalidad por todas las causas y en causas específicas, en esta recesión del 2008. Señalan, además, que estas observaciones se dan especialmente en áreas metropolitanas. Concretamente, aseguran que, en estas áreas, por cada aumento de un 1% en la tasa de desempleo, se asocia a un descenso del 0,5% en la mortalidad por todas las causas de muerte, o expresado de otro modo, con 3,95 muertes por cada 100.000 habitantes (un intervalo entre 6,8 y 1,1, para un nivel de confianza del 95%). Observaron que las reducciones estimadas de la mortalidad por

enfermedades cardiovasculares contribuyeron al 60% del efecto general, y que éstas fueron más pronunciadas entre el colectivo de las mujeres. Igualmente observaron, en consonancia con muchos estudios, que la mortalidad por accidentes en vehículos de motor disminuyó al mismo tiempo que aumentaron las tasas de desempleo, especialmente en los hombres menores de 65 años. Algo similar observaron en el caso de la mortalidad por intervenciones legales y la mortalidad por homicidios, en el colectivo de los hombres de 25 a 64 años. Por otro lado, los datos parecen sugerir (con una significatividad estadística al límite de lo aceptado) que, a medida que ha aumentado el desempleo en las áreas metropolitanas, aumentó la mortalidad por intoxicación con medicamentos prescritos, en este caso para el colectivo en edad de trabajar (es decir, hombres y mujeres de 25 a 64 años). Por último, señalan no haber observado cambios significativos en el comportamiento de otras causas de mortalidad relevantes, como son la mortalidad por cáncer, por neumonía y gripe, o por los suicidios, en relación a la situación económica de las áreas estudiadas.

Otro de los clásicos autores reconocidos en este tema, como Ruhm (2000), argumentan en una línea similar, pero con algunos matices. Este autor estudia la relación entre los ciclos económicos y la salud desde varios años anteriores a la crisis económica del 2008. Básicamente sostiene que hay evidencia de que la salud en general mejora en épocas de recesión económica cíclica. Defiende concretamente que las causas totales de muertes fluctúan en sintonía con los ciclos económicos. También lo hacen, en menor o mayor medida, 8 de las 10 causas de muerte estudiadas. Una de las excepciones, la más importante, son los suicidios, que lo hacen en una dirección opuesta al ciclo económico. Las variaciones en estas causas de muerte son más visibles para algunas causas y grupos de edad más sensibles al efecto del comportamiento. Por ejemplo, señala que aumenta el consumo de tabaco y la obesidad en sintonía con la mejora económica, a la vez que se reduce el ejercicio físico.

En la misma línea que Tapia Granados, Ruhm advierte de que los estudios que alertan sobre los posibles efectos negativos implícitos a las crisis ya las políticas de austeridad se basan en lo experimentado por los países de la antigua Unión Soviética, y no se corresponde con el caso de las recesiones económicas cíclicas, cuyos efectos en la sociedad son bien distintos. Lo que ocurrió en dichos

países URSS fue un cúmulo de situaciones políticas y económicas particulares que desencadenaron en importantes tensiones sociales y psicológicas, aunque no fueron la norma.

Rhum (2000) cita cuatro razones principales que tratan de dar una interpretación al porqué la salud empeora en épocas de crecimiento económico. En primer lugar, porque en épocas de bonanza hay más empleo y, a la vez, menos tiempo para hacer ejercicio u otras actividades beneficiosas para la salud. Una segunda razón sería que una buena condición de salud puede ser un insumo en la producción de bienes y servicios, y cuando se trabaja, aumentan las condiciones laborales precarias (e incluso peligrosas, dependiendo del sector laboral) y la contaminación. Una tercera razón alude a que aumentan las causas externas de muerte, los accidentes y el consumo de alcohol, e incluso los crímenes. Aunque no ve una relación concluyente, le parece que tienden a aumentar con el crecimiento económico. Y, un cuarto punto estaría relacionado con el aumento de la inmigración en épocas de crecimiento económico, por varios motivos. Los inmigrantes, en el momento de llegada, no estarían tan familiarizados con la atención médica del país (no están familiarizados con el acceso a la infraestructura médica), serían portadores de nuevas enfermedades y la aglomeración que potencia estos motivos expuestos. Pero son hipótesis que plante a modo interpretativo.

Para llegar a estas conclusiones, su estudio analiza los datos de 50 estados de Estados Unidos, más el distrito de Columbia, entre los años 1972-1991. Para ello usa los datos del *Vital Statistics of the United States*, ofrecidos por el *United States Bureau of the Census*. Concretamente, analiza la mortalidad total, la mortalidad según tres grupos de edad (20-44; 45-64 y 65 años o más), y las muertes debidas a 10 causas. Las diez causas estudiadas son la mortalidad por: 1º) tumores malignos, 2º) enfermedades cardiovasculares mayores, 3º) gripe o neumonía, 4º) enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis, 5º) accidentes con vehículos de motor, 6º) otros accidentes y efectos adversos, 7º) suicidios, 8º) homicidios e intervenciones legales, 9º) mortalidad infantil (mortalidad en población menor a un año) y 10º) mortalidad neonatal (mortalidad durante los primeros 28 días de vida). Estas diez causas, afirma Ruhm (2000), incluyen el 80% de la mortalidad total.

Observó que la mortalidad (general y para la mayoría de las causas de muerte) mantiene una correlación negativa, pero alta, con el desempleo. Observaciones que cuestionan las posibles creencias preestablecidas de que la salud empeora, si lo hace también la economía. Durante los 20 años que analiza observó esta relación descrita. La mayoría de las causas de muerte mencionadas (especialmente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por accidentes de vehículos de motor), así como la mortalidad total, disminuyeron. Por otro lado, detectó un aumento en la mortalidad por tumores malignos, homicidios, neumonía y gripe, y por suicidios.

En épocas de crecimiento, se obtiene coeficientes positivos de correlación con enfermedades del corazón, accidentes de vehículos sin motor, homicidios y muertes infantiles y neonatales. Aunque matiza que las variaciones de estos indicadores varían según el grupo de edad, porque son precisamente las causas de mortalidad más sensibles a las conductas (suicidios, accidentes, etc.) las que más varían. A modo de ejemplo, se observa que la mortalidad por accidentes de tráfico, otros accidentes y los homicidios (muertes más comunes entre personas jóvenes), oscilan más con la crisis que las muertes por enfermedades cardiovasculares o de gripe/neumonía (más presentes en personas de 65 años o más).

También observa que la correlación negativa entre mortalidad y desempleo es mayor en las ciudades, donde suele haber un crecimiento rápido debido a la inmigración. Esto es lo que apoyaría la hipótesis, anteriormente mencionada, de que la inmigración está asociada a una mayor mortalidad. Este aumento en la mortalidad se daría en épocas de crecimiento económico, que suele coincidir con más inmigración y menos desempleo.

Además de la mortalidad, Ruhm (2000) también analiza otros datos relacionados con la salud en Estados Unidos, a partir de las encuestas realizadas por el *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS): encuestas telefónicas nacionales que recopilan datos sobre salud y comportamientos de riesgo relacionados con la salud, las condiciones de salud crónicas y el uso de servicios preventivos. Estas encuestas las llevan a cabo los *Centres for Disease Control and Prevention* (Centros de Control de Enfermedades y Prevención) con información variada sobre aspectos de salud, estilos de vida y atención sanitaria.

A partir de estos datos observa que el tabaco es la principal causa de muerte y de enfermedad, y que su consumo es procíclico; es decir, aumenta con el crecimiento económico, y disminuye en épocas de recesión. La correlación con la tasa de desempleo es, por tanto, negativa. Este punto, Ruhm (2000) lo considera crucial. Tanto es así que considera que pueden explicar buena parte de la mejora en la salud que se da en épocas de crisis económica. Por otro lado, el consumo de fruta y verdura, así como la práctica deportiva, aumentan en períodos de crisis económica. Hecho que interpreta como una mayor disponibilidad de tiempo libre, al haber más desempleo, que la gente dedica a mayores cuidados, incidiendo de este modo en una reducción del sobrepeso. En cuanto a los cuidados médicos preventivos, (pruebas diagnósticas, revisiones médicas, etc.) muestran, en cambio, una correlación negativa con el desempleo. En cuanto al consumo de alcohol, el autor considera que los datos no son suficientemente claros y no hay suficientemente evidencia estadística como para poder describir claramente el comportamiento.

No obstante, en sus últimas publicaciones sobre este tema, analizando la relación entre la mortalidad y la economía de los años 1976 a 2010, Ruhm (2015) señala que esta ha perdido bastante fuerza en los últimos años. Sostiene que la mortalidad por causas externas, más que la mortalidad por enfermedades sigue siendo algo más sensible a los ciclos económicos. Concretamente, señala que las muertes por enfermedades cardiovasculares y por accidentes de transporte siguen siendo procíclicas, de modo que disminuyen cuando la economía se deteriora. Además, señala que algunas causas parecen mantener actualmente una relación contracíclica, como es el caso de la mortalidad por cáncer y causas externas no debidas a accidentes de transporte, destacando especialmente las debidas a las intoxicaciones.

Por último, insiste en que las conclusiones que expone se aplican a los países industrializados, y no en los países en vías de desarrollo donde, efectivamente, el crecimiento económico conlleva efectos muy beneficiosos para la salud de la población.

Datos sobre Europa

Estudios similares se han realizado en Europa, para la reciente crisis económica. Entre ellos destacan Toffolutti y Suhrcke (2014), quienes, usando datos de 23 países de la Unión Europea, examinan los efectos a corto plazo de la crisis macroeconómica del 2008, desde el punto de vista de la salud y de los comportamientos saludables. Comparan los efectos en la salud en los períodos 2003 y 2010, teniendo en cuenta el nivel de gasto social en cada país. En general, defienden que un aumento de un 1% en la tasa de desempleo estandarizada se asocia con un descenso significativo en todas las causas de muerte (-3,4%) tomadas de manera conjunta. También, cuando se analizan algunas causas por separado como el caso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (-3,7%), por cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas (-9,2%), por accidentes con vehículos de motor (-11,5%) y por infecciones parasitarias (-4,1%). Y en cuanto al consumo de alcohol y de fruta y verdura, no identificaron efectos asociables a la crisis. No obstante, en línea con la mayoría de los estudios, recalcan que este aumento en la tasa estandarizada de desempleo se asocia también con un aumento de la tasa de suicidio (+34,1%).

En general los efectos en la salud, según estos autores y basándose en los datos disponibles hasta la fecha de la publicación o un poco anteriores (los datos no suelen estar disponibles el mismo año de análisis y normalmente tampoco del año anterior al año de análisis), eran más notorios en los países con un menor nivel de protección social (en comparación con los de mayor nivel de protección social). Los autores creen que los gastos en protección social atenúan los efectos en la salud derivados de la crisis, no sólo los negativos, sino también los positivos. Los efectos más notorios se dan en los países donde el gasto social ha sido menor: Bulgaria, Estonia, Irlanda, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía y Eslovaquia. Aquí se dan mejoras en la salud en general, salvo en los suicidios. Además, se ha observado que en este grupo de países, con el aumento de la tasa de desempleo, ha decrecido el consumo de alcohol. Por el contrario, en los países con niveles medios de gastos en protección social (Finlandia, Grecia, Hungría, Italia, Portugal, Eslovenia, España y Gran Bretaña) y niveles altos (Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Los Países Bajos y Suecia), los efectos de la crisis son mucho menores. Sí se observa en estos países, con

gastos medios y altos en protección social, un aumento en la mortalidad por suicidio y por enfermedades crónicas hepáticas y de cirrosis, así como una disminución en los accidentes por vehículos de motor. En los países de gasto medio en protección social, se observó un aumento en el consumo de alcohol.

En definitiva, defienden que el incremento en la tasa de desempleo durante la Gran Recesión reciente tiene efectos beneficiosos entre los países de la Unión Europea, salvo en lo que respecta a la tasa de suicidios. La protección social actúa como mitigador de los efectos en la salud provocados por la crisis. Aunque limita el daño, también las potenciales mejoras en la salud. Si bien las recesiones parecen generar efectos beneficiosos para la salud, las expansiones económicas generan consecuencias adversas para la salud. Dado que los resultados pueden resultar paradójicos, proponen una serie de hipótesis que puedan explicarlos, o ayuden a interpretarlos.

Por un lado, consideran que en épocas de crisis económicas la gente tiene más tiempo libre y lo dedica a la actividad física (en contra del estilo de vida sedentario del trabajo en oficina). Igualmente, en estos períodos, es posible que los niveles de estrés disminuyan, y por ello disminuyan asimismo las muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares. Igualmente, los accidentes laborales disminuyen como consecuencia de que hay menos trabajos. También defienden que en épocas de crisis se reduce la inmigración, y ello provoca menos tránsito de enfermedades contagiosas y menos muertes provocadas por problemas de acceso a los centros de salud por parte de las personas no familiarizadas con la infraestructura de acceso a estos (carreteras, infraestructura en general, conocimiento sobre procesos administrativos, etc.). Disminuyen los comportamientos de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol, en parte debido a la limitación de presupuesto personal provocado por menos ingresos. También proponen la posibilidad de que las redes sociales actúen de mitigadores de los efectos. Teniendo en cuenta que las crisis económicas activan o estimulan estas redes sociales y la solidaridad en general, éstas podrían tener efectos positivos sobre la salud. Señalan, sin embargo, que los problemas mentales sí pueden aumentar y de ello se derivarían los aumentos en los suicidios.

Datos sobre España

Tapia Granados (2013 y 2014), por ejemplo, señala las publicaciones, mencionadas anteriormente, de Karanikolos et al. (2013), con varios errores. En primer lugar, compara la actual crisis económica (de carácter cíclico) con la crisis de los antiguos países de la Unión Soviética, que experimentaron una transición a economías de libre mercado. Es cierto que en ambos casos hubo una crisis económica, pero las razones que la provocaron son sustancialmente distintas, y usar la comparación para sustentar la idea de que, si en los antiguos países de la Unión Soviética hubo una grave crisis de salud, también la habrá en los países desarrollados, es un enfoque erróneo. Tapia Granados defiende que las crisis cíclicas muestran otro tipo de relación con la salud, que las crisis provocadas por motivos “contingentes”, como el cambio de régimen socialista a economías de mercado. Las comparaciones en este sentido pueden considerarse pues, para este autor, falacias. Concretamente, este autor considera que con las crisis económicas cíclicas, la salud en general mejora, y en las crisis motivadas por contextos contingentes la situación es distinta y particular. No obstante, admite que con la crisis económica, aunque el balance general en la salud lo considera positivo, aumentan algunos problemas de salud y algunas causas de muerte concretas, como es el caso de los suicidios. Por ejemplo, en la Gran Depresión (principios de los años 30), en las crisis del petróleo de los años 70 y 80, y en la crisis de 2008, las tasas de mortalidad disminuyeron. En definitiva, insiste en que las crisis económicas que experimentaron los países de la Unión Soviética en transición, y sus consecuencias en la salud, fueron la excepción y no la norma. El autor analiza especialmente las tasas de mortalidad y la esperanza de vida al nacer (EV). Analiza 19 países europeos para los que hay datos en la Organización Mundial en la Salud (Austria, Alemania, Bulgaria, Reino Unido, República Checa, Estonia, Finlandia, Lituania, Grecia, Irlanda, Letonia, Países Bajos, Polonia, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia y Suiza). De estos países, calcula los incrementos anuales de la EV, el incremento anual de las tasas de desempleo y las tasas de mortalidad, y compara estos incrementos anuales entre los intervalos antes de la crisis (años 2004-2007) y después de la crisis (2007-2010). Entre otros aspectos, destaca que los datos no muestran una

situación particularmente favorable en Islandia en cuanto a su salud pública, tal y como defendían Stuckler et al. (2010).

Según Tapia Granados (2014), los nueve países donde la crisis fue más intensa, al tener un incremento en la tasa de desempleo mayor, el incremento en la EV fue más marcado durante la crisis (2007-2010) que antes de la crisis (2004-2007). Estos países a los que se refiere son: España, Bulgaria, Grecia, Lituania, Estonia, Letonia, Polonia, Eslovenia y Eslovaquia. En cambio, en los 8 países donde el incremento de la tasa de desempleo fue menor (es decir, donde la crisis fue menos pronunciada), el incremento de la esperanza de vida fue mayor antes de la crisis (2004-2007) que durante la crisis (2007-2010). Los países donde ocurrió esto fueron: Austria, Finlandia, Irlanda, los Países Bajos, Suiza, la República Checa, Alemania y Rumanía. Más concretamente, observa que cuanto mayor es el incremento en la tasa de desempleo (cuanto más severa ha sido la crisis), mayor ha sido el incremento en la esperanza de vida.

Así lo confirma, además, con la correlación entre estas dos variables. Para cada país, teniendo en cuenta los dos valores que tiene en cuanto al incremento de la esperanza de vida y el incremento en las tasas de desempleo, para los años 2007 a 2010, la correlación es de $r = 0,89$ ($p \leq 0,01$). Si considera los 19 pares de valores (incremento en la esperanza de vida e incremento en la tasas de desempleo) en el período precrisis (2004-2007), la correlación sigue siendo positiva y significativa, con un $r = 0,5$ ($p \leq 0,05$) Y, si se consideran los 38 pares de valores de los incrementos de la esperanza de vida y los incrementos de la tasas de desempleo (es decir, teniendo en cuenta el período 2004 a 2007, y también el período 2007-2010), la correlación es de $r = 0,74$ ($p \leq 0,01$).

Sintetizando, Tapia Granados (2014) muestra tres conclusiones generales. Primero, que en los países europeos donde la crisis económica ha sido más intensa, la salud en general (medida por la esperanza de vida) ha mejorado más rápidamente en período de crisis (2007-2010) que en período de prosperidad (2004-2007). Segundo, los países europeos donde la crisis económica ha sido menos intensa, la salud general ha mejorado en mayor medida antes de la crisis (2004-2007), y en menor medida en período de crisis (2007-2010). Y tercero, que las tasas de crecimiento de la esperanza de vida, y las tasas de crecimiento del desempleo, tanto si se miden en períodos separados (2004-2007 y 2007-

2010), como si se consideran ambos períodos juntos, muestran una correlación positiva. Tapia Granados no niega que estos resultados puedan parecer contraintuitivos, y reconoce una falta de explicación de estos. Pero avanza una serie de hipótesis que podrían servir para futuras investigaciones. Entre ellas, que en épocas de crisis hay menos estrés por la presión del trabajo, menos contaminación, más apoyo social y menos circulación de patógenos. Pero insiste en que son hipótesis casi a modo de tentativa.

Por otro lado, Tapia Granados (2014) también consideró apropiado matizar la situación de los suicidios. A pesar de que hay bastante consenso en la idea de que en épocas de crisis aumentan, observa que justo donde la crisis fue más suave (como Alemania y los Países Bajos), son los países que mostraron un mayor aumento (en la fecha de la publicación del artículo, 2013, y los datos que había públicos en ese momento) de estos. España y Grecia, que tuvieron una crisis más aguda, los suicidios apenas aumentaron y declinaron ya en 2009 (aunque hay que tener en cuenta que los datos disponibles en la fecha de la publicación del artículo llegaban hasta 2011).

Respecto a la mortalidad, Tapia Granados replica a Díaz Olalla (2013), quien había pronosticado un aumento en la mortalidad general con la crisis. Señala que la tasa bruta de mortalidad disminuyó de 2007 a 2010 de 8,5 a 8,2 muertes por cada 1.000 habitantes, y aunque aumenta de 8,2 a 8,3 de 2010 a 2011, argumenta que no es debido a un empeoramiento en la salud. En estos mismos años también aumenta la esperanza de vida de 82 a 82,1 años. Tapia Granados considera que estos datos son perfectamente compatibles con un aumento de la población envejecida, provocado por una tasa de natalidad muy baja unido a la emigración de población joven.

Por último, Tapia Granados (2013 y 2014) insiste en que el desempleo, los recortes en las prestaciones sociales, la precarización laboral, junto con la amenaza de los desahucios son motivos más que suficientes para la preocupación y el malestar de la sociedad, y no hay razones para buscar nuevas aprensiones ni exageraciones.

Por otro lado, más recientemente, también encontramos el informe “Crisis económica y salud en España”, publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo

y Bienestar Social en 2018. En él se destaca que la crisis económica, al menos a corto plazo, no parece haber tenido efectos importantes sobre la salud de los españoles (y extranjeros residentes en España); excepto, en consonancia con la mayoría de los estudios, en los problemas de salud mental y los suicidios (que han aumentado), y los accidentes de tráfico (que han disminuido). En cuanto a la salud mental, señalan a las mujeres y a los extranjeros como los colectivos más vulnerables a padecer este tipo de problemas, mientras que en los suicidios parecen ser los hombres. También destacan cierta mejora en la salud autopercebida tras la crisis, aunque los autores advierten que no tiene por qué ser una percepción objetiva, sino que puede ser debido a la propia crisis económica, en la que otros problemas, como los económicos, cobran importancia haciendo parecer menos importantes y más positivas las cuestiones relacionadas con la propia salud. También comprueban que, con la crisis, no se ha dado un aumento en la morbilidad como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, enfermedades del corazón o el VIH. Los autores igualmente resaltan el papel clave que el apoyo social ha tenido a la hora de mitigar posibles consecuencias negativas en la salud. Destacan dos grandes inconvenientes de los datos secundarios. Uno es la falta de longitudinalidad en las encuestas; lo que impide hacer un seguimiento a una misma muestra. Otro aspecto, es la falta de datos socioeconómicos, unidos a la mortalidad o morbilidad, que permitan realizar estudios más completos sobre el efecto de las condiciones económicas sobre la salud.

CAPÍTULO 4. Objetivos de investigación

En la introducción ya hemos avanzado que nuestra investigación se centra en los efectos que la crisis económica del 2008 ha tenido en la salud de los españoles. Pero, tal y como han afirmado autores destacados en el marco teórico de la presente investigación, los efectos de la crisis económica en la salud de la población no sólo dependen de la evolución de los parámetros económicos en sí, sino también de la aplicación, por parte de los gobiernos, de diversas políticas públicas, como pueden ser las relacionadas con el sistema sanitario.

En este sentido, como hemos visto en el capítulo 2, en un contexto de crisis económica se aprobó en España una de las legislaciones sanitarias más importantes de los últimos años, el RD-Ley 16/2012. Entre las medidas más conocidas que incluye este decreto está la definición del ciudadano con cobertura médica en atención primaria y especializada (y, por tanto, también los excluidos de esta cobertura), una redefinición de la financiación farmacéutica y de la prescripción de medicamentos, junto con la redefinición de la cartera de servicios.

Por tanto, incluiremos como objetivo de nuestra investigación no sólo el impacto de la crisis económica del 2008 en la salud de los españoles, sino también el correspondiente a la aplicación del RD-Ley 16/2012.

La investigación realizada en la literatura existente sobre este particular se refiere, en su mayoría, a otros países. La que existe sobre España puede ser contrastada con algunos datos de reciente publicación y también ampliada con

alguna información adicional, como estilos de vida, etc. Además, las publicaciones existentes muestran gran heterogeneidad en las posturas. Por lo que resulta pertinente aportar evidencia con nuevos estudios para el caso de España.

4.1. Objetivos generales y específicos.

Como objetivo general se pretende investigar el impacto que la crisis económica del 2008 y la aprobación del RD-Ley 16/2012 ha tenido en la salud de la población y en el sistema sanitario; además de comprender los mecanismos que subyacen a la relación entre la evolución de la salud y los ciclos económicos. En consecuencia, nos encontramos ante un estudio de carácter principalmente exploratorio y descriptivo. Si bien, en algunas partes proponemos una interpretación de los datos, aunque sea parcial, con alguna pretensión explicativa.

Este objetivo general admite una repuesta muy amplia, que deberá ser abordada desde diversos ámbitos. De ahí la necesidad de dividir el objetivo general en una serie de objetivos específicos, que nos facilitarán la tarea de investigación y cuyas repuestas, en su conjunto, abordarán el planteamiento general.

Por tanto, la presente investigación persigue los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los efectos que la crisis económica ha tenido en los principales indicadores sobre el estado de la salud y del sistema sanitario. Este objetivo específico daría respuesta a la visión más básica planteada en el objetivo general, pero no sería suficiente para conocer más ampliamente nuestro fenómeno de estudio. Incluimos el estudio del sistema sanitario por ser la principal institución proveedora y protectora de la salud de la población, por lo que su importancia en la salud es determinante. Identificar posibles debilidades en el sistema sanitario podría significar un riesgo presente y futuro de que la salud de la población empeore.

- Conocer los efectos que el RD-Ley 16/2012 ha tenido en los principales indicadores sobre el estado de la salud y del sistema sanitario.
- Conocer la opinión de la población respecto a la salud y la sanidad, en general. Ver si ésta se ha visto modificada, a partir de la crisis económica y del RD-Ley 16/2012. Esto nos permitirá contrastar las opiniones de la población y del personal sanitario con los datos reales disponibles hasta la fecha para, de algún modo, medir o estimar el grado de conocimiento que la población tiene sobre los problemas en la salud y la sanidad que estamos tratando.

Para ello, se plantean una serie de hipótesis derivadas del marco teórico de la investigación, y ajustadas a sus objetivos principales, y que centraran los análisis de los diferentes datos que se recaben.

- H1: la salud no se ha visto afectada por la crisis económica, ni positiva ni negativamente.
- H2: la sanidad se ha visto afectada negativamente con la crisis, y especialmente con el RD-Ley 16/2012.
- H3: la opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario muestra un aumento de las opiniones y valoraciones negativas con la crisis económica, y especialmente con la aprobación del RD-Ley16/2012.

CAPÍTULO 5. Estrategia metodológica

Para alcanzar los objetivos descritos en el capítulo cuatro, se ha diseñado una ruta metodológica que podría caracterizarse por lo que se conoce como “triangulación metodológica” (Cea D’Ancona, 1996; Valles, 1997). Este concepto, tomado de las técnicas de navegación y de la topografía para determinar un punto exacto en el espacio, atañe en sociología a la combinación de diversas metodologías de investigación para abordar un mismo objeto de estudio. Esta forma de proceder ofrece diversas ventajas, que podemos resumir en la obtención de información más profunda y diversa al abordarse nuestro objeto de estudio desde diferentes perspectivas, lo que aporta en definitiva una mayor validez a los resultados de investigación. Todo ello repercute en un reforzamiento de la teoría (Cea D’Ancona, 2012). Muchos son los estudios que avalan los beneficios de la combinación de metodologías cuantitativas (destacando la encuesta) y cualitativas (Vidich y Shapiro, 1955; Sieber, 1973). Las formas de combinar las perspectivas metodológicas cuantitativas y cualitativas son múltiples, veamos cómo se ha procedido en esta investigación.

Dado que el paradigma de esta tesis es eminentemente cuantitativo, se han utilizado principalmente técnicas diseñadas para tal enfoque. Pero también hemos incluido una serie de entrevistas en profundidad, con el objetivo de ampliar la capacidad de análisis y de interpretación de todos los datos estadísticos analizados. En este capítulo pretendemos dar una descripción de las diversas técnicas de investigación usadas, exponiendo las ventajas y los inconvenientes de cada una de ellas. Pero, además, mostraremos cómo se ha

desarrollado en la práctica el proceso de recogida de datos, señalando los obstáculos a los que nos hemos ido enfrentando. Dividiremos el capítulo según las distintas técnicas usadas: una encuesta a los médicos de la Comunidad de Madrid, entrevistas semiestructuradas al personal de la sanidad en el municipio de Madrid, el análisis de datos secundarios y un análisis de redes.

5.1. Encuesta al colectivo médico colegiado de la Comunidad de Madrid

Además de los datos objetivos para analizar el estado de salud y de la sanidad, se consideró igualmente relevante conocer la opinión de los médicos y de los ciudadanos.

La visión de los profesionales sanitarios es clave. Su práctica profesional diaria les otorga un conocimiento experto de los temas investigados en esta tesis, que sólo ellos son capaces de transmitirnos. Muchas realidades no quedan “aprisionadas” en la red de los datos objetivos, y la opinión de los profesionales sanitarios se presenta especialmente acertada para intentar comprender estas cuestiones que escapan a un análisis estadístico directo. De ahí la pertinencia de realizar una encuesta y las entrevistas en profundidad.

Sobre la opinión de los ciudadanos existen diversas encuestas públicas, por ejemplo, en el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Pero no se han encontrado encuestas específicas dirigidas a la opinión de los médicos sobre aspectos de la sanidad y la salud. Por tanto, no había más opción que realizar una encuesta propia y ajustada a los objetivos de la investigación. Se diseñó una dirigida al colectivo médico de la Comunidad de Madrid, con el objetivo principal de conocer su opinión sobre los temas que nos ocupan, de modo que pudiéramos contrastarla con los datos estadísticos, conocer su valoración sobre diversos aspectos relacionados con el sistema sanitario, y ampliar la información aportada por las principales fuentes estadísticas.

Pero además de los objetivos previstos, y de forma similar a lo ocurrido con las entrevistas, la repuestas de los médicos resultaron ser un apoyo a la hora de

enfocar el análisis de datos. Algunos aspectos comentados en la encuesta se han tenido en cuenta para prestar especial atención a la hora de revisar los datos secundarios.

En este sentido, la encuesta cobró más relevancia de la esperada ya que, como se ha comentado en el capítulo 7, ha resultado ser la principal fuente de información de lo que ocurre en la atención primaria (área a la que pertenecen la mayor parte de los médicos que han participado en la encuesta). Como se verá en ese capítulo, los efectos de la crisis no tienen por qué manifestarse en mortalidad o morbilidad con ingreso hospitalario, que es la información más frecuentemente proporcionada por los portales estadísticos sobre la salud de una población. Esto sería así si los efectos fueran drásticos, pero no es realmente el caso. Puede haber efectos de la crisis económica más sutiles, que serían tratados en las consultas de atención primaria. Pero no existen datos públicos sobre las causas de consulta en este ámbito. Es en este contexto en el que la encuesta ha cobrado especial relevancia, por ser una fuente de información clave, no disponible en ninguna otra fuente estadística pública.

5.1.1. Tipo de encuesta escogida

Teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para realizar la presente investigación, la modalidad de encuesta escogida ha sido la encuesta online, autoadministrada por correo electrónico. Esta ha supuesto numerosas ventajas. En primer lugar, abaratamiento sustancial de los costes del trabajo de campo, al poderse prescindir de entrevistadores y de otros gastos. También ha permitido ampliar la cobertura del estudio, ya que sin recursos económicos difícilmente podría distribuirse a amplias zonas. Ha facilitado la participación de la persona encuestada, al escoger ella misma el mejor momento para responder la encuesta, lo que también repercute en la calidad de los datos obtenidos. Además transmite una mayor sensación de privacidad y anonimato, especialmente interesante en nuestro estudio, dado que nuestro tema está irremediabilmente vinculado a la política y es relativamente sensible, pudiendo estar afectado por el sesgo de deseabilidad social. Se ha reducido el error de medición debido a la presencia del entrevistador, y también los debidos al orden de las repuestas al

poder visualizarse todas (se reduce el efecto de primacía o de recencia, es decir responder a las primeras o últimas opciones de repuesta, por ser las más fáciles de memorizar). Muy relacionado con este último punto, también nos ha permitido formular preguntas con muchas opciones de respuesta, o con opciones de repuesta con cierto nivel de complejidad, porque son más fáciles de comprender y memorizar cuando se visualizan que cuando se escuchan en voz alta. Otra ventaja ha sido la rapidez del trabajo de campo, ya que la respuesta es prácticamente inmediata. Igualmente no hay que subestimar la posibilidad de haber añadido recursos gráficos, que animan al encuestado a participar (Manzano y Andreu, 2000). Y por último, destacamos también la ventaja de que probablemente se obtengan mejores respuestas en las preguntas abiertas, en comparación con las encuestas autoadministradas por correo ordinario (Methta y Sivadas, 1995; Schaefer y Dillman, 1998).

A pesar de estas grandes ventajas, la encuesta autoadministrada por correo electrónico conlleva una serie de inconvenientes, de los cuales destacaremos los más asociados a nuestra investigación. Una primera desventaja se presenta al no poder asistir al entrevistado en caso de duda con las preguntas o el cuestionario. Otra es la imposibilidad de controlar si ha sido la persona seleccionada la que ha respondido al cuestionario. También se da una mayor dificultad para garantizar el anonimato, lo que puede generar cierta desconfianza en la persona encuestada; aunque la encuesta autoadministrada genera mayor sensación de privacidad, esta sensación puede verse compensada negativamente por la imposibilidad de garantizar el anonimato. También es un inconveniente la facilidad que hay para pasar las preguntas abiertas por alto, aunque en esta encuesta destaca una gran participación en las preguntas abiertas. Otro aspecto clave es la vulnerabilidad de este tipo de encuestas para la “no repuesta” (total y de ítem). Esto último, además, está especialmente relacionado con el tipo de muestreo comúnmente usado en este tipo de encuestas, el de “autoselección”, que conlleva otro de los grandes inconvenientes por las limitadas posibilidades de generalización, pero comentaremos este punto en la sección del muestreo. Por último, hacemos notar que este tipo de encuesta suele ir aparejado a errores de “no cobertura”; es decir, que no toda la población objeto de estudio suele disponer de un correo

electrónico (Couper, 2017). Para este estudio, suponemos que este último sesgo será menor, y asumimos que la gran mayoría de los médicos dispondrán de un correo electrónico compartido con el colegio profesional de médicos. Si bien no se ha podido comprobar ninguna estadística sobre cuál es la cifra de médicos colegiados con correo electrónico, creemos que serán la gran mayoría por las características de la profesión (difícilmente concebible sin algún tipo de contacto por *email*), y por la información aportada por una de las informantes clave en las entrevistas, la cual aseguraba que, al menos todo médico con especialidad debe disponer de un correo corporativo.

5.1.2. Diseño del cuestionario

Orden y contexto de las preguntas

El cuestionario se divide en tres grandes secciones temáticas: opinión sobre el sistema sanitario, sobre el RD-Ley 16/2012 y sobre la crisis económica. Concretamente, se optó por seguir la siguiente estructura: al principio se ubicaron algunas preguntas sociodemográficas, neutrales, para despertar el interés y motivar al encuestado, pero igualmente útiles para analizar posteriormente (Bosch y Torrente, 1993). Las preguntas clave aparecen en el centro del cuestionario, llegando de forma gradual con preguntas iniciales sobre la valoración del sistema sanitario español, la sanidad pública y la privada. Las preguntas clave son las relacionadas con el RD-Ley 16/2012 y con la crisis económica. Además, en este bloque central se incluyen la mayoría de las preguntas abiertas, que exigen más implicación por parte del entrevistado, evitando incluir este tipo de preguntas en la introducción de la encuesta (Sudman y Bradburn, 1987). Por último, en el tercer bloque se encuentran las preguntas sociodemográficas más sensibles, como son las que indagan en el nivel de ingresos o la ideología política del encuestado/a (Cea D'Ancona, 2004b).

En cuanto a la disposición de las preguntas generales y concretas, se optó generalmente por la técnica del “embudo” (Sheatsley, 1983). Es decir, se introdujo el tema y el contexto mediante las preguntas generales, y posteriormente se preguntó sobre algunos aspectos más concretos, que

requerían cierta reflexión y uso de la memoria. Estos aspectos más concretos se esperaba que fueran más meditados, al haber introducido previamente el tema en la pregunta general. Aunque esta es la lógica escogida por el motivo expuesto, siempre hay que tener presente que las preguntas generales suelen ser más sensibles al efecto del orden y el contexto, en comparación con las preguntas específicas (Schuman y Presser, 1996). En este sentido, las repuestas de las generales varían más, si se sitúan antes o después de las preguntas específicas, en comparación a las específicas, si se sitúan antes o después de las generales.

No obstante, en algún caso puntual se hizo uso de la técnica contraria, el “embudo invertido”, y es que en el bloque de opiniones sobre el RD-Ley 16/2012, se pregunta sobre varios aspectos concretos (si ha notado efectos en la atención sanitaria, si ha notado efectos en la salud, etc.), y finalmente, la última pregunta que cierra este bloque es una valoración general de dicha ley (de 0 a 10). Precisamente, al tratarse de un juicio de valor, se consideró oportuno usar en esta ocasión la técnica del “embudo invertido” y obtener, de este modo, una valoración más meditada, ya que las preguntas generales después de las específicas suelen interpretarse ya de por sí como un juicio de resumen (Wänke y Schwarz, 1997). Aunque, cabe decir que el hecho de haber utilizado una técnica de “embudo invertido” no ha excluido exactamente a la “técnica del “embudo”, ya que el bloque del RD-Ley 16/2012 empieza con una pregunta general. Aunque no es una valoración, es una pregunta general sobre si ha notado efectos en la salud derivados de dicho decreto, y posteriormente se pregunta sobre otros aspectos concretos. Y, al final del bloque, es cuando se vuelve a una pregunta general, que es la valoración de dicho decreto ley. De modo que, se puede decir que se ha usado tanto la técnica del “embudo”, como del “embudo invertido”, al mismo tiempo. Igualmente, aunque esta es la estrategia subyacente de las preguntas, no hay que olvidar que los efectos del orden y contexto en los cuestionarios autoadministrados pueden ser menores porque el encuestado puede leer el cuestionario completo antes de responder.

Exhaustividad en las preguntas y las respuestas

Siguiendo los criterios de exhaustividad de los ítems (Schuman y Presser, 1981) y el de validez de contenido (Carmines y Zeller, 1979), que persiguen básicamente garantizar la representación de la realidad heterogénea en las preguntas y opciones de respuesta que se ofrezcan, se incluyeron en el cuestionario los aspectos que surgieron en las entrevistas. Entre otros ejemplos, se incluyó una pregunta relativa a la existencia de personas que no pueden tomar la medicación por falta de recursos económicos.

Siguiendo los mismos principios mencionados, el de validez de contenido y el de exhaustividad, se incluyeron preguntas abiertas para asegurarnos de no excluir ninguna respuesta relevante. El número de preguntas abiertas incluidas fueron 13, una cantidad considerable y no usual en encuestas autoadministradas online. Esto se ha hecho en contra de las recomendaciones generales de incluir el menor número de preguntas abiertas posible (Sheatsley, 1983), y teniendo en cuenta las dificultades que han podido entrañar en este estudio: la exigencia de un mayor esfuerzo por parte de la persona encuestada para responder (especialmente en este caso porque tuvieron que redactar ellas mismas las respuestas, lo que suele repercutir en una elevada “no respuesta” o respuestas de peor calidad); la posibilidad de que dieran respuestas irrelevantes (común en las respuestas abiertas); y el esfuerzo que implica, por parte de codificadores y analistas, el tener que codificar las respuestas abiertas en un número inferior de categorías (Cea D’Ancona, 2004b).

No obstante, la participación ha sido relativamente alta en la mayoría de las preguntas abiertas. En las que eran totalmente abiertas (es decir, no aquellas que iban asociadas a la opción “otros”), el porcentaje de respuesta era aproximadamente del 80-90%. Estos porcentajes tan altos de participación en estas preguntas, probablemente estén relacionados con el tipo de muestreo escogido, el de “autoselección”, ya que son precisamente las personas interesadas en el tema las que deciden participar. El otro de los inconvenientes de las preguntas abiertas, el del esfuerzo asociado a la codificación de respuestas, no supuso demasiado problema para conocer qué se había respondido, ya que se procedió a realizar un análisis cuantitativo básico de los

términos más usados, que permitió conocer de forma bastante clara qué se había respondido en ellas (Roberts, 2000). Si bien es cierto que la no codificación de preguntas abiertas imposibilita el análisis multivariable o bivariable posterior, insistimos en que el objetivo principal era conocer qué habían dicho en esas respuestas abiertas y después proceder a su análisis cualitativo y cuantitativo.

Además del principio de exhaustividad mencionado, también se tuvieron en cuenta los principios de precisión (incluyendo, en la medida de lo posible, preguntas con escalas de 0 a 10) y exclusividad (evitando opciones de respuesta solapadas) en la elaboración de los ítems.

Puede consultarse el cuestionario en el anexo de la presente tesis.

5.1.3. Diseño de la muestra

Aunque lo ideal hubiera sido poder realizar una encuesta representativa de toda la población médica de España¹¹, las limitaciones en los recursos económicos y temporales obligaron a reducir la población objeto de estudio, el tipo de cuestionario usado y también el tipo de muestreo. En este sentido, nuestro universo fueron los médicos de la Comunidad de Madrid, los cuales, si ejercen como tales, deben estar obligatoriamente colegiados. El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM) dispone de las direcciones de *email* de los médicos colegiados. Por lo que resultó ser la institución idónea para distribuir el cuestionario de forma amplia. Gracias a su inestimable colaboración, se envió el cuestionario masivamente a los médicos colegiados de la Comunidad de Madrid, solicitando la participación en la encuesta. El muestreo realizado, de este modo, ha sido el de “voluntarios” (Cea D’Ancona, 2004). Técnicamente se podría haber efectuado también un muestreo aleatorio simple con las direcciones de correo electrónico como marco muestral, con lo que se podría haber obtenido una muestra representativa y realizar inferencias. Pero la ley de protección de

¹¹ Inicialmente la población objeto de estudio eran todos los médicos de España. Para ello se intentó distribuir el cuestionario con la participación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, también conocido como la Organización Médica Colegial. Después de insistir y esperar tres años para obtener una respuesta (no se rechazó la posibilidad desde el principio, sino que siempre se fue retrasando la resolución de esta decisión y con ello la respuesta), se desestimó finalmente esta posibilidad y hubo que reducir irremediabilmente el universo de estudio y, en general, el alcance de la encuesta.

datos¹², vigente en el momento de la encuesta, iba a dificultar gravemente la obtención de la base de datos para efectuar el muestreo aleatorio simple, y pedir a los miembros del ICOMEM que efectuaran ellos mismos el muestreo aleatorio simple parecía una posibilidad lejos de ser realista. Además, en caso de haber conseguido efectuar el muestreo aleatorio simple, esto no garantizaría que la muestra obtenida finalmente se correspondiera con la muestra diseñada. Es posible que, al ser una encuesta autoadministrada, nos encontráramos con un alto porcentaje de “no respuesta”, que mermaría la calidad de la muestra obtenida, aun habiendo hecho uso del muestreo aleatorio simple (Sánchez Carrión, Segovia Guisado y Sánchez Meseguer, 2012).

De modo que, con los recursos disponibles y sin acceso a un marco muestral adecuado (el listado de emails del colectivo médico), se procedió, como decimos, al muestreo de “autoselección”.

Este tipo de muestreo, junto con la encuesta online, convierten la técnica de encuesta en algo muy asequible y al alcance de muchos investigadores que, de otro modo, no podrían realizar ningún tipo de encuesta mejor (Couper, 2017). Pero la gran ventaja de su accesibilidad queda limitada por un gran inconveniente: la no posibilidad de generalizar los resultados a la población de estudio, ya que el muestreo de voluntarios no es probabilístico. Por eso, se han descrito detalladamente los resultados obtenidos con la encuesta en el capítulo 10 ajustándola a la población encuestada. Hay que tener muy presente que este tipo de sondeos son indicados para conocer las distintas opiniones sobre un tema concreto, pero no para inferir los resultados al conjunto de la población de estudio. Se insiste, por tanto, que los resultados de la encuesta descritos en la tesis hay que interpretarlos en este contexto.

Al no ser una muestra representativa, es difícil establecer cuál debería ser su tamaño adecuado. Normalmente, la participación en las encuestas autocumplimentadas online con muestreo de “autoselección” (como nuestra encuesta), suele ser baja en comparación con la población objeto de estudio. En este caso, de los 43.772 médicos colegiados en el momento de la realización de

¹² Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

la encuesta¹³, participaron 1.008. Podemos tener una referencia si comparamos el tamaño muestral obtenido con el que debería obtenerse mediante un muestreo aleatorio simple. Si asumiéramos un error del 2,5% el tamaño obtenido sería de 1.544 individuos, y si aumentáramos el error al 3,5% el tamaño disminuiría a 801 individuos¹⁴. De modo que nuestra muestra obtenida estaría dentro de los rangos aceptables de un tamaño muestral representativo según el método aleatorio simple. No obstante, insistimos en que esto es sólo una orientación mínima, ya que nuestra muestra no es aleatoria y las que hemos tomado como referencia sí lo son.

5.1.4. Test piloto

Resultó ser clave a la hora de rematar el cuestionario. Mediante un muestreo tipo “bola de nieve” (Goodman, 1961) se procedió al envío del cuestionario a conocidos médicos, a los que se les pidió, a su vez, que también enviaran el cuestionario a sus conocidos. Respondieron en torno a 20 médicos, aportando su opinión en la última pregunta del cuestionario habilitada para tal fin (de carácter abierta). A pesar de haber tratado de seguir las recomendaciones de los manuales de encuesta, el *feedback* de los médicos participantes en el test piloto fue clave y además unánime: había que reducir preguntas, el cuestionario era demasiado largo. Por lo que se procedió a una dedicada revisión de estas y se excluyeron aquellas que, a pesar de resultar interesantes, no se ceñían estrictamente a los objetivos de investigación. Este es un aspecto clave ya que un cuestionario demasiado extenso puede causar fácilmente fatiga en el encuestado, provocando respuestas menos pensadas e incluso aumentando la “no respuesta”, mermando de este modo la calidad del cuestionario (Molenaar, 1982).

En cuanto otras cuestiones que suelen atenderse en los test piloto, no se observó ninguna anomalía (Cea D’Ancona, 2004b). Las preguntas parecían comprenderse correctamente y provocaban las respuestas esperadas. Las

¹³ INE. (2017). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de:

<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2017/I0/&file=s01002.px>

¹⁴ Asumiendo un nivel de confianza del 95,5% y $P=Q$, para una población finita.

respuestas parecían cubrir buena parte de la realidad que se estudia, no observándose, por ejemplo, respuestas desproporcionadamente desequilibradas, que suele ser indicio de que no se cubren todas las opciones de respuesta (Frey, 1989). Las instrucciones del cuestionario parecían entenderse correctamente. Y, por otro lado, en cuanto a si el orden de las preguntas alteraba las respuestas, no se pudo comprobar empíricamente.

Aunque numerosos autores recomiendan realizar no sólo una prueba piloto, sino varias (Converse y Presser, 1994; Oppenheim, 1996), se realizó únicamente una debido a que el transcurso de los contactos con el ICOMEM requería tener el cuestionario disponible para en cualquier momento poder ser lanzado.

5.1.5. Trabajo de campo

La encuesta se lanzó a partir del 17 de marzo de 2017, y se registraron respuestas hasta el 3 de agosto de 2017. No obstante, la mayor parte de la participación fue en la primera semana. Tal y como se observa en el gráfico 5.1, donde aparece la evolución de las respuestas en el tiempo, aproximadamente el 50% de las repuestas se dieron en el mismo día del lanzamiento de la encuesta, y en la primera semana ya se alcanzaron el 98% de estas.

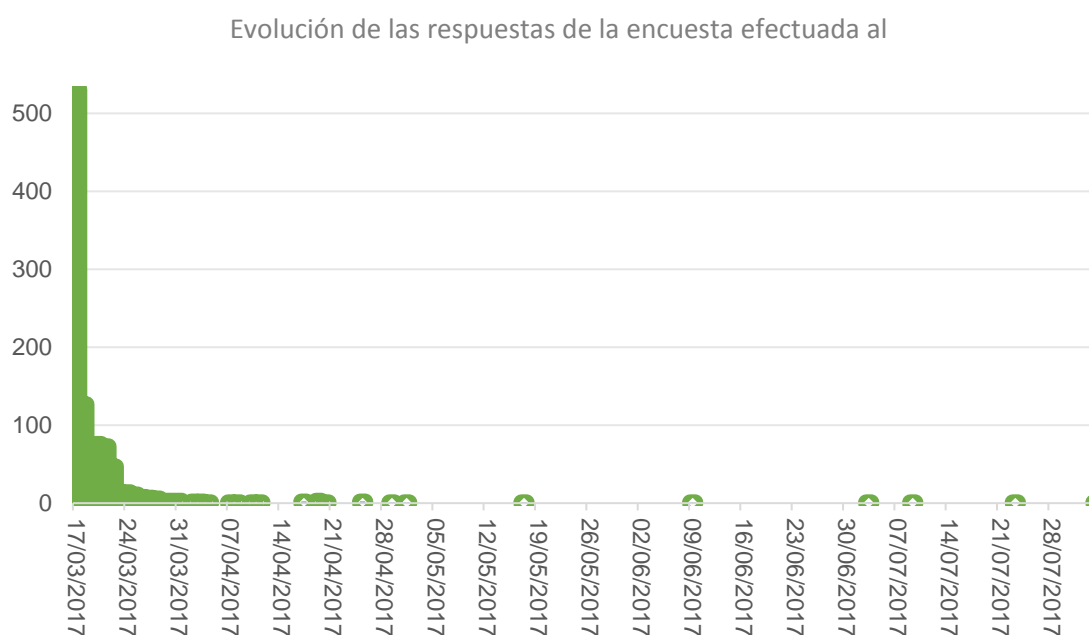


Gráfico 5.2. Evolución de las respuestas de la encuesta al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.
Fuente: elaboración propia.

La forma de distribución fue mediante un email enviado desde el ICOMEM a todos los médicos colegiados de la Comunidad de Madrid. Aunque hay estudios que indican que el método de contacto que consigue una mayor participación en las encuestas online es en formato papel (Sakshaug, Vicari y Couper, 2018), en este estudio, debido a la limitación de recursos y a no tener acceso a datos de contacto de la población a entrevistar, se recurrió a la notificación en el mismo email.

El email contenía una breve presentación del estudio (mencionando por encima el tema tratado), y se solicitaba la participación del colectivo médico en la encuesta. Con el fin de motivar al encuestado y conseguir la máxima participación posible, se remarcó que la encuesta era anónima y que la opinión de los médicos era imprescindible para conocer el tema que estamos tratando. El acceso al cuestionario era mediante un enlace en el propio email.

5.2. Entrevistas al personal de la sanidad de Madrid

Se elaboraron una serie de entrevistas en profundidad con un objetivo primordialmente exploratorio, pero que además sirvieran para comprender, de forma más profunda, nuestro tema de investigación y permitieran la comparación de los resultados de la encuesta. Mediante las entrevistas pudimos familiarizarnos con la temática en cuestión, con la terminología y con aspectos no contemplados previamente. También sirvieron para comprender mejor las opiniones y la forma en que el personal de la sanidad percibe el tema que nos ocupa; es decir, los imaginarios del colectivo médico. En la práctica, además, las entrevistas acabaron teniendo un papel clave en el uso combinado (Valles, 2014) con el análisis de datos estadísticos y con la elaboración de la encuesta al colectivo médico. Concretamente sirvió de apoyo en las siguientes tareas:

- En el diseño del cuestionario. Nos ayudó en el uso de una terminología más adecuada, con la que la población encuestada se sintiera más identificada y familiarizada. Además, también ayudó a mejorar la validez

de contenido (Carmines y Zeller, 1979), al incluir preguntas y repuestas no contempladas previamente.

- El enfoque de algunos análisis posteriores. Por ejemplo, dado que se mencionó en varias ocasiones el aumento de los problemas psicológicos con la crisis, esto ayudó a focalizar la atención en los indicadores que informaran sobre este problema de salud. Aunque a priori pueda parecer una tarea sencilla, hay que tener en cuenta que la cantidad de indicadores analizados ha sido relativamente extenso (se han analizado unas 258 series temporales en total), y muchas veces la dificultad radica en identificar aquellos indicadores relevantes. Aunque se hayan utilizado métodos estadísticos para automatizar la identificación de comportamientos relevantes (como las correlaciones), cualquier aporte que oriente en este sentido es bienvenida. Igualmente, resultó ser un apoyo en la interpretación posterior de los datos. Por ejemplo, cuando se observa un aumento en la actividad en urgencias, este se interpreta como una limitación de acceso a la atención primaria y especializada para una parte de la población, y no como una consecuencia asociada a otros problemas de salud, debido a las constantes menciones sobre este asunto en las entrevistas.

Una parte de estas entrevistas ya fueron usadas en el Trabajo Fin de Máster (Tena Reiff, 2014), pero se amplió el número de entrevistas de cara a obtener una visión más completa de nuestro objeto de estudio. Hacemos notar, sin embargo, que hubo ciertos indicios de saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967), al ser muy homogéneos los contenidos de las entrevistas, sin destacar nuevas aportaciones fundamentales a las ya realizadas para la tesina del Máster.

Las entrevistas se focalizaron hacia enfermeros y médicos de familia, porque se ha considerado que son los que tratan con un número más variado de pacientes. Antes de que sean tratados por los especialistas, estos deben ser valorados por un médico de familia. En cuanto a los enfermeros/as, ocurre algo similar, estos profesionales tratan a pacientes con dolencias variadas, y no sólo con un tipo especializado de dolencia.

Dado que las variables estudiadas en esta tesis tienen que ver con la economía y el tipo de sistema sanitario, se decidió diseñar un muestreo teórico (Valles, 2014) que incluyera entrevistas a personal sanitario diverso (que abordaran nuestro tema desde distintos ángulos), y que desarrollara su ocupación en centros de salud públicos y privados (como variable que pudiera dar cierta información respecto al tipo de sistema sanitario), situados en distritos de clase socioeconómica alta, media y baja¹⁵ (para dar información de la situación económica). Se consideró que estos perfiles serían lo suficientemente representativos del colectivo que queremos estudiar. Siguiendo las indicaciones de Valles, se elaboró un casillero tipológico en el que se definieron los perfiles tipo que debían cumplir los entrevistados. Estos quedaron definidos como se muestra en la tabla 5.1:

Tabla 5.1. Casillero tipológico en el que se definieron los perfiles que debían cumplir los centros de salud donde trabajaban las personas entrevistadas. Fuente: elaboración propia.

		Sanidad Pública			Sanidad Privada
Nivel socioeconómico del distrito donde está el centro de salud	Alto	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	Médico
	Medio	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	y
	Bajo	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	Médico y Enfermero	Enfermero

Una vez teníamos el listado con los distritos incluidos en cada estrato de clase social, se escogía un distrito de forma aleatoria. De forma similar se procedía con los centros de salud listados en cada distrito. La estrategia era personificarse en el propio centro de salud y allí se ofrecía la posibilidad de realizar la entrevista a varios médicos y enfermeros. A partir de ahí, o bien se volvía a realizar el

¹⁵ Pera definir la clase social del distrito, se utilizó la clasificación incluida en el Informe Marco de Madrid, sobre las condiciones demográficas y socioeconómicas de la ciudad. Recuperado de: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCObservEconomico/RedObserDesPart/Estudios%20y%20Publicaciones/Ficheros/Madrid.pdf>

mismo procedimiento para una nueva entrevista, o bien se utilizaba del método “bola de nieve” según la circunstancia.

De las entrevistas planificadas para los perfiles de médicos, enfermeros y administrativos, se realizaron catorce. Para cuatro de ellas se escogieron varios centros de salud públicos en barrios de clase media, cinco en centros de salud de barrios de clase baja, y tres en centros en barrios de clase alta. Igualmente se efectuó una entrevista on-line a una enfermera y administrativa de una clínica privada. En definitiva, se intentó obtener la mayor representatividad de las opiniones. Puede consultarse el número de entrevistas efectuado a cada perfil en la siguiente tabla:

Tabla 5.2. Entrevistas realizadas en cada tipo de centro de salud. Fuente: elaboración propia.

	Médicos	Enfermeros	Administrativos	Total
Centro en barrio de clase alta	1	1	2	4
Centro en barrio de clase media	1	4		5
Centro en barrio de clase baja	2	3		5
Total	4	8	2	14

El número de entrevistas a realizar se regía por el principio de saturación teórica, ya mencionado anteriormente (Glaser y Strauss, 1967), y por los recursos temporales de la investigación.

Esquema de las entrevistas

Se optó por realizar entrevistas semiestructuradas (Valles, 1997), con un guion flexible y emergente, que permitiera ser reestructurado a medida que iban desarrollándose las entrevistas. De esta manera se aseguraba que fueran abordados los temas clave de la investigación, a la vez que se permitía al entrevistado cierta libertad para contar o añadir lo que considerara oportuno. Por tanto, se utilizó un guión general con los temas que se deseaba abordar, sin especificar demasiado el tipo de preguntas (Valles, 2014).

El guion diseñado para las entrevistas era similar a la estructura seguida en el cuestionario de la encuesta, aunque con orden distinto de las temáticas. En un primer momento, para crear un ambiente distendido, y a modo introductorio, se procedió a la presentación de la investigadora de la presente tesis. Un segundo bloque se centraba en la presentación del entrevistado, donde se le pedía que describiera a qué se dedica, dónde desarrolla su ocupación actual, cuanto tiempo lleva desempeñando esa función, y si ha trabajado en otros centros anteriormente. Las preguntas clave vienen en el siguiente bloque, donde se pregunta primero por la crisis económica y luego por el RD-Ley 16/2012. En ambos casos se preguntaba si habían notado efectos en la salud, en la sanidad, en posibles cambios de actitud en los pacientes, y si identificaban algún sector de la población más vulnerable. Aunque el guion diferenciaba la parte de la crisis y del RD-Ley 16/2012, en el transcurso de la entrevista ambos temas se mezclaban de forma orgánica. Por último, en el tercer bloque, se preguntaba por aspectos de la sanidad pública y privada, sobre ventajas e inconvenientes que creía que tenía cada tipo de sanidad. De forma similar al caso anterior, el tema de la sanidad privada emergía de forma espontánea, cuando se mencionaba la crisis económica y el RD-Ley 16/2012, de modo que rara vez se seguía el esquema en el orden estricto. Siguiendo las indicaciones de Valles (2014), para cada pregunta de investigación, se plantearon una serie de preguntas en un formato más informal para la entrevista; pero, como decimos, muchas de estas temáticas emergieron de forma orgánica, sin la necesidad de ser mencionadas por parte de la entrevistadora.

Trabajo de campo de las entrevistas

Todas las entrevistas, salvo una, tuvieron lugar en las propias consultas del personal enfermero y médico, y en el caso de los administrativos/as, en un lugar apartado donde no hubiera mucha gente, pero en el propio centro de salud. Se abordó el método de acudir a los centros de salud que reunieran los requisitos previamente definidos (clase baja, clase media y clase alta), y se esperaba a que el personal tuviera un momento sin pacientes que atender para proponerles la

entrevista. A veces se realizaba en ese mismo instante, otras veces se pedía acudir al finalizar la jornada, cuando ya no iban a atender a más pacientes.

La persona a la que no se le hizo la entrevista en el propio centro de salud, fue a la enfermera/administrativa del centro de salud privado, a la cual se hizo la entrevista en forma online (mediante un “chat”), por motivos de disponibilidad de la persona entrevistada. Este tipo de entrevistas supuso una serie de ventajas e inconvenientes. Como ventajas, destaca que al alargarse la entrevista durante toda la tarde (fue una entrevista bastante pausada) las respuestas se daban cuando a la persona le convenía más, deteniéndose bastante en cada cuestión planteada, sin presión por acabar la entrevista. Muchas de las respuestas eran claramente más reflexivas. Por otro lado, a pesar de que el “cara a cara” aporta mucha información valiosa, también pueden destacarse algunos puntos positivos de la no presencia del entrevistador, especialmente que se favorezcan respuestas más sinceras, eliminando el sesgo provocado por la presencia del investigador¹⁶ (Kahn y Cannell, 1957; Bradburn, 1983). Las desventajas de realizar la entrevista de forma online fueron la eliminación de la espontaneidad (también interesante para ser analizada), el no poder captar el lenguaje no verbal, y no poder analizar los interesantes silencios que se suelen dar en las entrevistas cualitativas.

5.3. Análisis de datos secundarios

Uno de los principales objetivos de la presente investigación es conocer si ha habido efectos en la salud de la población española y en la atención sanitaria, provocados por la crisis económica del 2008 y la aprobación y aplicación del RD-Ley 16/2012. Resulta esencial, pues, un abordaje desde el análisis de datos secundarios con estadísticas de las principales fuentes de datos disponibles. Concretamente, lo que se ha pretendido conocer son posibles cambios en la evolución de los principales indicadores sobre salud y sanidad, que pudieran ser

¹⁶ El efecto del entrevistador ha sido ampliamente estudiado en las disciplinas de encuesta, tratando muchas veces de medir y cuantificar este efecto. Pero muchas de estas conclusiones pueden ser útiles también en las entrevistas cualitativas.

atribuibles a la crisis económica o al RD-Ley 16/2012. También, la opinión que el personal sanitario y los ciudadanos tienen sobre estas cuestiones. De modo que la atención se ha centrado en las series temporales sobre estos indicadores. En este sentido se han analizado 32 series temporales sobre sanidad, unas 208 series sobre el estado de la salud, y 18 series sobre la opinión de los ciudadanos. Se han comentado todas las series relacionadas con la sanidad y la opinión de los ciudadanos, pero sólo se han comentado las más relevantes en cuanto a la salud.

Para conocer el estado de la sanidad se han revisado estadísticas sobre el gasto sanitario (público y privado), el número de centros de atención primaria y especializada, la dotación básica de los centros especializados (camas hospitalarias, etc.), dotación tecnológica (equipos médicos) y el personal. Las fuentes estadísticas consultadas para ello han sido la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Para conocer el estado de salud de la población se consultaron datos sobre la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad (indicadores de la atención especializada, la atención primaria, el uso de fármacos y la salud autopercebida), y los hábitos saludables (alimentación, índice de masa corporal y ejercicio físico, aunque sobre esto último no se encontró ninguna serie temporal). Para ello se consultaron las fuentes del Instituto Nacional de Estadística, la Organización Mundial de la Salud, la Dirección General de Tráfico, el Ministerio de Fomento, el portal de Eurostat, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Tal y como se comenta en el capítulo dedicado al análisis de la salud, se han echado en falta más datos de una fuente de información que consideramos clave en esta investigación, y es la relacionada con la actividad en la atención primaria. Y es que resultaría muy interesante conocer, por ejemplo, las causas de consulta o los diagnósticos principales. Como decimos en ese capítulo, no todos los problemas de salud tienen que derivar en morbilidad (medida muchas veces en la actividad hospitalaria), ni en mortalidad. Por lo que disponer de esta información hubiera resultado tremendamente revelador. Pero, aunque se ha llegado a un acuerdo

entre las comunidades autónomas para crear una base de datos pública con estadísticas variadas de la atención primaria, a día de hoy todavía se encuentra en una fase temprana de implementación, por lo que sólo se han podido analizar datos muy básicos en torno al número de consultas totales en atención primaria.

Para conocer la opinión de los ciudadanos, se han revisado indicadores sobre la valoración de la atención sanitaria, en general y en diversas áreas específicas: primaria, especializada, hospitalaria y urgente. Además, se han analizado indicadores sobre la evaluación de distintos aspectos de la sanidad pública y privada. La fuente de datos para esta sección ha sido el Centro de Investigaciones Sociológicas, en especial sus Barómetros Sanitarios.

Se han seguido dos criterios a la hora de escoger un indicador. El primero es que hubiera datos disponibles desde antes de la crisis económica, durante y después de ésta, preferiblemente también posteriores al del RD-Ley 16/2012. El motivo de este requisito es, como hemos definido en los objetivos, analizar posibles cambios en las series temporales que pudieran ser asociados a la crisis económica del 2008 o al RD-Ley 16/2012, por lo que necesitamos datos que abarquen todo ese período. Esta ha sido la principal limitación, ya que se han podido revisar muchos de los indicadores más importantes, pero había otros que podrían haber sido muy útiles, si hubieran estado disponibles desde antes de la crisis económica. Así es el caso, por ejemplo, de los datos sobre el ejercicio físico. Había muchos disponibles, pero generalmente eran demasiado recientes, sin información anterior a la crisis. Si había información anterior a la crisis, esta era demasiado limitada como para construir una serie temporal. Así ha ocurrido con el Instituto Nacional de Estadística y su Encuesta Nacional de Salud, que tiene información muy interesante sobre los hábitos deportivos, pero al realizarse cada 5 años, sólo hay dos observaciones anteriores a la crisis (2003 y 2006), una durante (2011-2012), y otra posterior (2017). Demasiados pocos puntos para construir una serie temporal donde se pudiera observar algo de forma clara.

El segundo criterio que se ha exigido para escoger un indicador (y que se ha cumplido en prácticamente todos los datos) era que hubiera una clara información sobre este (qué mide exactamente y cómo se construye). Cuando ha sido posible, se ha comparado el indicador de una fuente de datos con otra

fuentes para, de algún modo, comprobar la validez de criterio (Carmines y Zeller, 1979).

Uno de los obstáculos con el que nos hemos encontrado ha sido que algunas series temporales analizadas se han tenido que construir manualmente, “picando” cada dato de forma individual en una base de datos, y teniendo que cargar en la web el dato de cada año por separado.

5.4. Análisis de redes

Otra de las técnicas utilizadas ha sido el análisis de redes, de la conversación generada en Twitter en torno a la sanidad pública y privada, y sobre los efectos de la crisis en la salud. El objetivo era complementar la conversación de Twitter con los datos del CIS y compararlos. Los barómetros del CIS responderían a una imagen más representativa de la opinión de los ciudadanos, mientras que Twitter emerge como un espacio donde se disputan narrativas y unas dominan sobre otras. De modo que mapeamos la discusión digital en Twitter entre el 16 de septiembre y el 17 de octubre de 2018, mediante la herramienta TAGS¹⁷ de acceso gratuito.

Para ello elaboramos una *query* de construcción propia, que incluía diversos términos para referirse a la sanidad privada, la sanidad pública y los efectos de la crisis económica en la salud¹⁸. Una *query* es un conjunto de términos de búsqueda que discriminan de todos los *tweets* emitidos aquellos de interés para la investigación.

Hemos escogido Twitter por su elevada popularidad, su facilidad para viralizar ciertas cuestiones de debate público y controversia, y por la elevada conversación de carácter público. También con esta red es sencilla la reconstrucción de la discusión, en forma de grafo, y además permite un acceso

¹⁷ <https://tags.hawksey.info/>

¹⁸ En nuestra *query* para recopilar datos incluimos términos asociados a “salud” y “crisis económica”, pero todos los comentarios que entraron en la base de datos asociados a esos términos eran sobre Venezuela, haciendo alusión a su crisis económica y política y a sus consecuencias en la salud. Todos los comentarios sobre esto fueron eliminados en la fase de depuración de los datos. No hubo ningún comentario asociado a la crisis y a la salud de España.

a la discusión pública de manera sencilla, usando herramientas gratuitas. Como se ha señalado en la literatura (Conover et al. 2011), la red topológica de *retweets* es la que mejor discrimina las comunidades y sus narrativas, según la argumentación de cada una de ellas. Por lo que hemos optado por este tipo de red.

Este planteamiento supone varias dificultades. La principal es que no podremos generalizar lo observado en la red a la opinión de la población. Si lo hiciéramos, estaríamos pasando por alto graves limitaciones a la validez externa de la investigación (Cea D'Ancona, 2012). La red está pues sesgada, porque la participación en la misma no es proporcional. Por otra parte, las herramientas gratuitas sólo permiten usar *queries* limitadas en tamaño; usar *queries* mayores implica un coste económico. También es necesario pagar para obtener un histórico de comentarios superior a 7 días (aunque no hay limitación para obtener comentarios desde un momento presente en adelante). Por lo que, nuestro análisis se limita por esta circunstancia.

Una vez obtenidos los tweets, a partir de ellos hemos definido los nodos (con los perfiles que emitían comentarios y los perfiles de a quienes iban dirigidos) y las aristas (teniendo en cuenta las interacciones entre los perfiles), y con esto hemos elaborado la red. Para la representación de esta y su análisis, hemos utilizado el programa gratuito Gephi. También hemos usado el algoritmo de distribución *Force Atlas 2*, diseñado para el uso común de redes pequeñas y medianas de hasta 10.000 nodos, como en nuestro caso (Jacomy et al. 2014).

CAPÍTULO 6. El estado de la sanidad

Con el fin de obtener una visión integral, conviene no detenerse únicamente a analizar los efectos en la salud, sino también estudiar la evolución de los principales parámetros del estado del sistema sanitario. Valorar si la atención sanitaria también ha experimentado algún cambio en los años de la crisis, o tras la aplicación del Real-Decreto-ley 16/2012, resulta igualmente relevante, en cuanto que es uno de los principales protectores de la salud. Además, los cambios en los recursos sanitarios podrían ayudar a definir los efectos de la crisis. Muchas de las investigaciones revisadas en el marco teórico, así como las respuestas en las entrevistas y en la encuesta al colectivo médico, muestran una concepción unificada de los efectos en la sanidad y en la salud, como si fueran lo mismo o como si de uno se derivara lo otro. En este apartado trataremos de diferenciar los efectos, que analizaremos en el próximo capítulo, sobre la salud de los efectos de la sanidad para comprobar que, a corto plazo, los efectos observados en la sanidad no han afectado apenas al estado de la salud, al menos en sus indicadores más generales. Hay que advertir, no obstante, que el que no haya efectos en la salud a corto plazo no implica que no puedan desarrollarse a medio y largo plazo.

Por ello, antes de valorar los cambios producidos en la salud con la crisis y el RD 16/2012, se va a describir la situación de la sanidad, para comprobar si ha conllevado algún cambio con el paso de la crisis y con la aplicación de dicho decreto ley. Para tener una idea general de la sanidad, vamos a examinar distintos aspectos de la sanidad española: gasto sanitario, el número de centros

de atención primaria y especializada, la dotación básica de los centros especializados (camas hospitalarias, etc.), dotación tecnológica (equipos médicos) y el personal.

6.1. Gasto sanitario

Uno de los indicadores más generales para hacerse una idea del estado de la sanidad es el gasto sanitario. Puede expresarse de varias formas: gasto bruto total, gasto como porcentaje del PIB, gasto per cápita, etc. Vamos a analizar el gasto como porcentaje del PIB para estudiar cambios en la gestión sanitaria, y el gasto per cápita para examinar el gasto real disponible por ciudadano (independientemente de la magnitud del PIB).

El primer gráfico (6.1) nos muestra la evolución del gasto sanitario como porcentaje del PIB, con una estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante). Además, los datos de la OMS detallan la parte del gasto que se corresponde al sector público y la que atañe al gasto privado¹⁹:

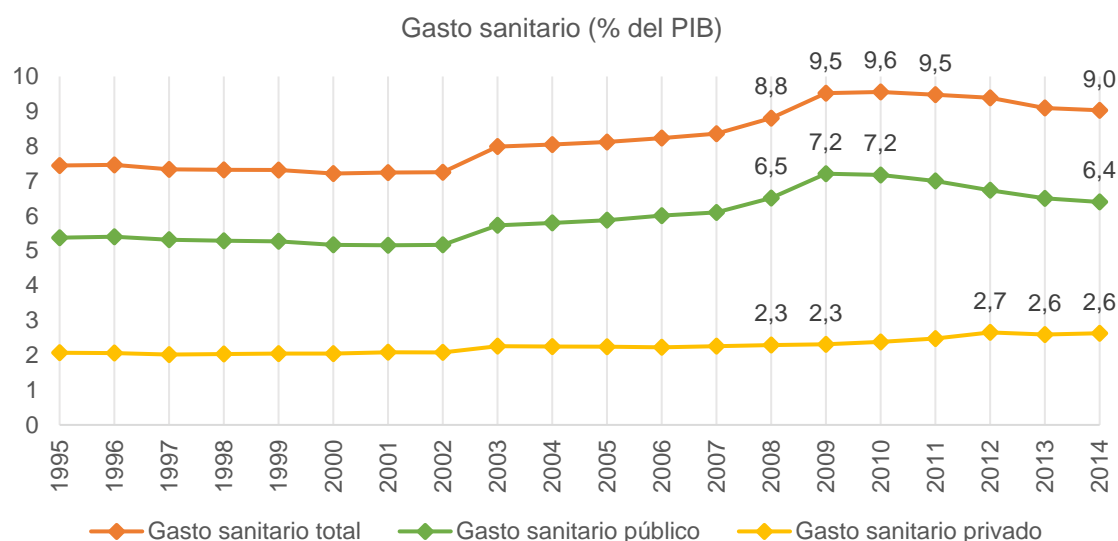


Gráfico 6.1. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

¹⁹ Para no saturar al lector con gráficos sobrecargados, hemos añadido únicamente algunas etiquetas en el gráfico, las más relevantes.

Se observa una tendencia creciente desde 1995, donde se inicia la serie, hasta los años de la crisis. El gasto de la sanidad pública tiene su máximo en 2009 y 2010, suponiendo el 7,2% del PIB. Desde entonces ha disminuido 0,8 puntos hasta el 2014, que es el último dato disponible en la OMS, para llegar al 6,4% del PIB, lo que supone un 11,1% menos entre los años mencionados (2009 a 2014).

El gasto sanitario público per cápita, según los datos obtenidos de las estadísticas del Banco Mundial (BM en adelante), muestra una evolución similar (gráfico 6.2):

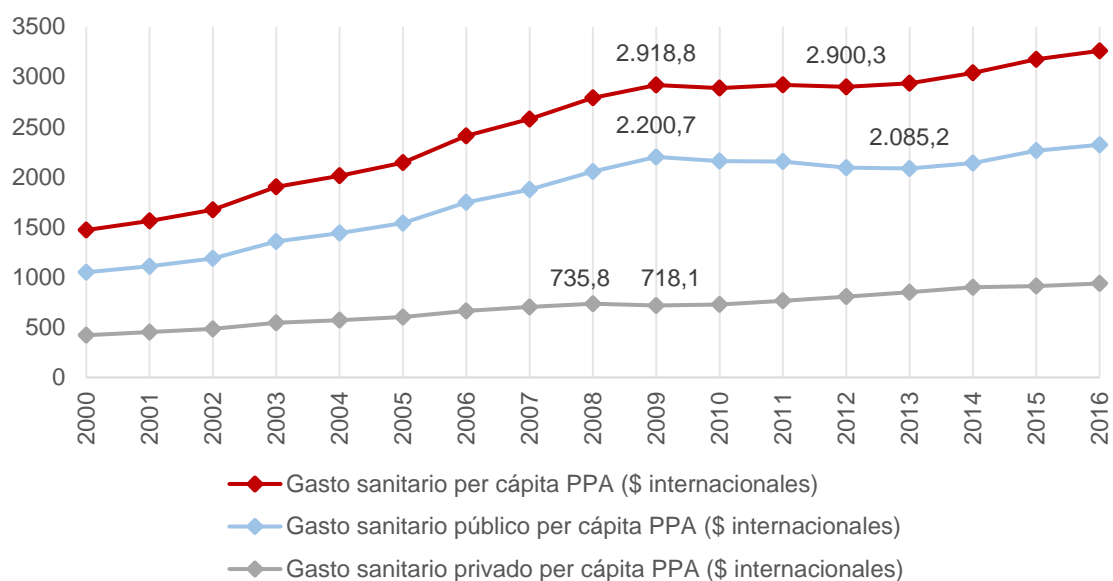


Gráfico 6.2. Gasto sanitario per cápita. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del BM.

Desde el 2000 (primeros años de la serie) hasta el 2009, sigue una tendencia creciente ininterrumpida. Pero coincidiendo con la crisis, del 2009 al 2013, se reduce un 5,2%, pasando de \$2.200,7 a \$2.085,2 per cápita.

El gasto privado también muestra un decrecimiento coincidiendo con la crisis, pero de forma mucho menos notoria. El gasto como porcentaje del PIB disminuye un 3,8% (10 puntos básicos) del 2012 al 2013. Y el gasto per cápita disminuye

un 2,4% del 2008 al 2009, para reanudar de nuevo su tendencia creciente en los años siguientes.

6.2. Centros de atención primaria y especializada

El número de centros sanitarios se ha visto también ligeramente disminuido con la crisis. En este caso los datos los proporciona el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS en adelante). Ofrece el dato absoluto y no una tasa por habitante/s, que sería preferible para hacer comparaciones interanuales descontando la magnitud de la población, pero igualmente nos aporta una idea general, dado que la población tampoco ha aumentado demasiado su tamaño.

Los centros de atención primaria (gráfico 6.3), tras una tendencia creciente ininterrumpida desde 2004, que son los primeros datos disponibles, disminuyeron, aunque en pequeña medida.

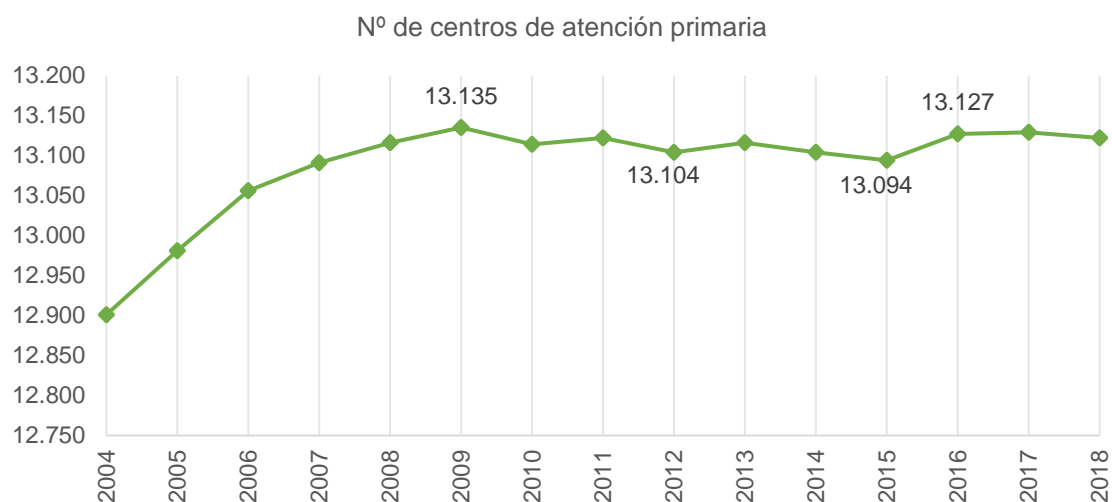


Gráfico 6.3. Número total de centros de atención primaria. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Se pasa de 13.135 centros en 2009 a 13.094 en 2015, lo que supone una disminución del 0,3%. A partir de esta fecha vuelve a su tendencia creciente, aunque sin llegar a alcanzar los valores del 2009, justo cuando empezó la crisis.

En el caso de los centros de atención especializada, término que incluye hospitales y centros de especialidades, la situación ha sido algo distinta. Veamos, en primer lugar, el caso de los hospitales:

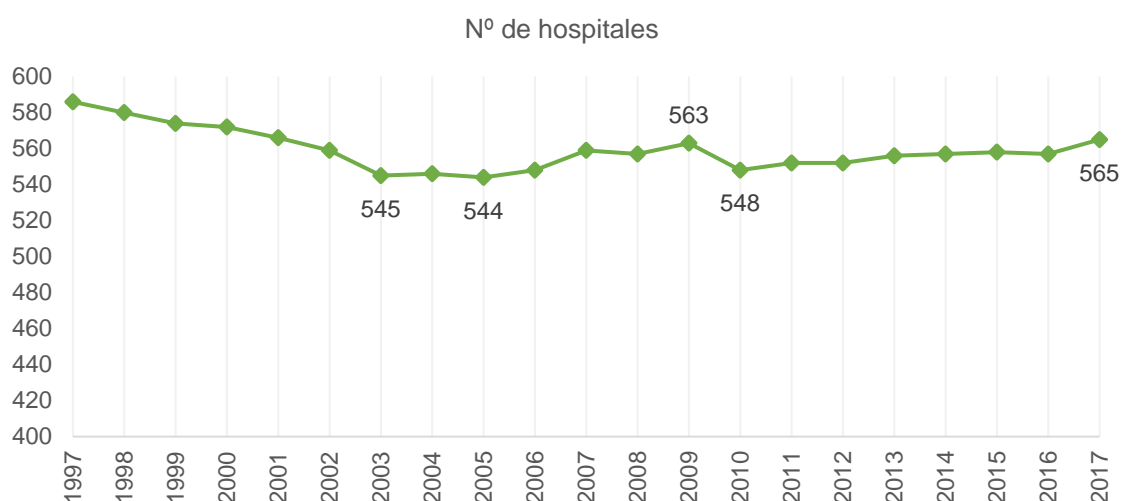


Gráfico 6.4. Número total de hospitales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

En el gráfico 6.4 se observa que, por un lado, del 2009 al 2010 los hospitales disminuyen en pequeña medida. En este intervalo, el número de centros se reduce un 2,7%, pasando de 563 centros a 548. Y la tendencia creciente que venía mostrando desde 2003 vuelve a reanudarse los años siguientes.

Los centros de especialidades en cambio son los que muestran un comportamiento más peculiar:

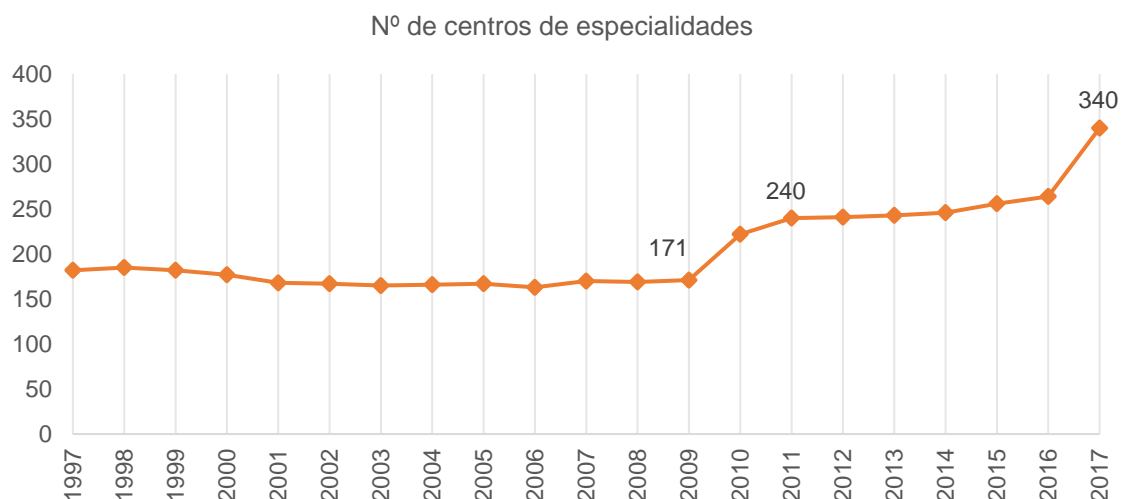


Gráfico 6.5. Número total de centros de especialidades. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

En el gráfico 6.5 se observa que aumentan de forma acentuada con los años de la crisis. Entre 1997 y 2008 el número de centros se mantuvo entre 185 y 163, en tendencia decreciente. De 2008 en adelante los centros aumentan de forma considerable. Sólo de 2009 a 2011, en plena crisis, se produce un incremento del 40,4% en el número de centros (de 171 a 240). Tal y como se observa, el número de centros de especialidades no se han visto negativamente afectados por la crisis.

6.3. Dotación básica

Dentro de la dotación básica el MSCBS incluye información sobre los principales recursos materiales de la atención especializada, que es el ámbito donde se suele necesitar más equipamiento material. Concretamente ofrece datos sobre las camas instaladas, las camas ocupadas, el número de quirófanos (estos tres datos expresados en tasa por cada 1.000 habitantes) y el total de puestos de hospital de día (por 100.000 habitantes).

De estas dotaciones, la que más llama la atención son los puestos disponibles en los hospitales de día:

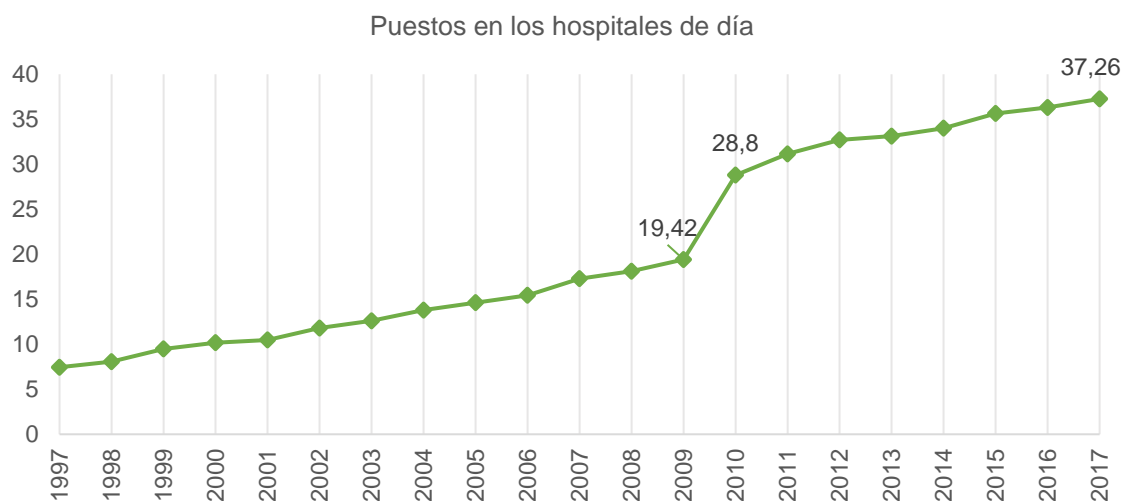


Gráfico 6.6. Puestos en los hospitales de día, por cada 100.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Tal y como se ve en el gráfico 6.6, experimentan un considerable aumento del 48,3% de 2009 a 2010, en plena crisis, pasando de 19,4 puestos por cada 100.00 habitantes a 28,8. Este crecimiento se mantiene los años siguientes, hasta el último dato de 2017, aunque a un ritmo más suave. En el resto de dotación los cambios son menores.

Otras dotaciones presentan cambios menores, o ningún cambio. Así es el caso del número de camas hospitalarias, tanto las disponibles como las ocupadas, las cuales se representan en el gráfico 6.7:

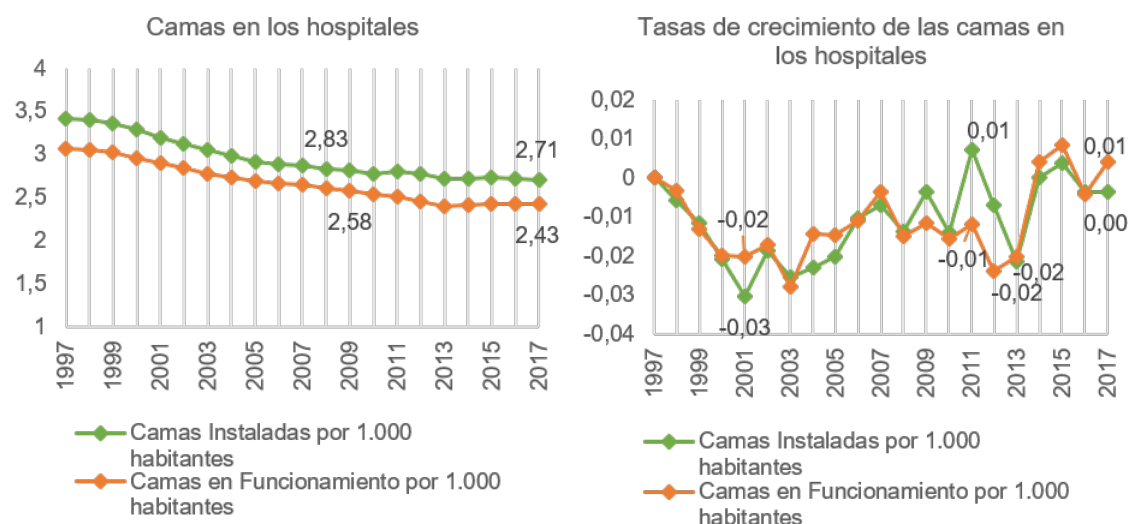


Gráfico 6.7. Camas hospitalarias, disponibles y ocupadas, por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Estas muestran una tendencia decreciente en toda la serie, de 1997 a 2017. Pero en los años de la crisis esta tendencia decreciente se acentúa, tal y como se observa en las tasas de crecimiento, que resultan especialmente útiles cuando en la serie original apenas se aprecian cambios. En los años de la crisis, por tanto, se observan valores más negativos en las tasas de crecimiento.

Por último, comentar que el número de quirófanos totales no se ha visto afectado con la crisis (gráfico 6.8):

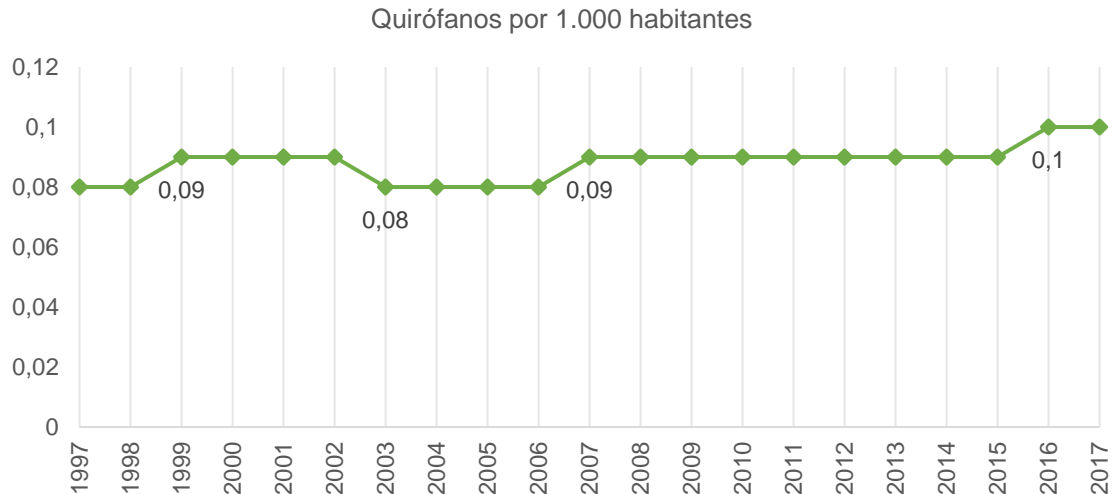


Gráfico 6.8. Quirófanos totales por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

6.4. Dotación tecnológica

En cuanto al equipamiento tecnológico, en general, se observa no sólo que se ha mantenido con la crisis económica, sino que muchos equipos han aumentado su cuantía de forma considerable, especialmente entre 2009 y el 2010. Vamos a observar en detalle cómo ha aumentado cada uno de estos equipamientos. Para no saturar al lector con demasiados gráficos, se han agrupado en un mismo gráfico los equipamientos con escalas similares.

Veamos en primer lugar los equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único (conocidos como SPECT²⁰, para la captura de imágenes mediante radiación gamma), el equipamiento de angiografía digital (para el estudio de los vasos sanguíneos) y las salas de hemodinámica en funcionamiento (salas con equipamiento variado de alta tecnología para diagnosticar y tratar las enfermedades cardiovasculares):

²⁰ De su nombre en inglés “Single Photon Emission Computed Tomography”

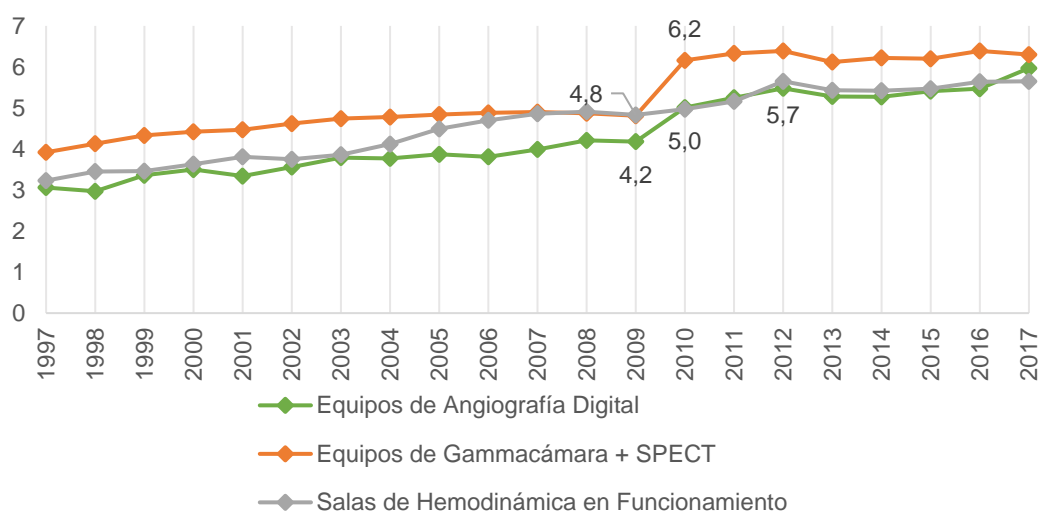


Gráfico 6.9. Dotación tecnológica: equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único, equipamiento de angiografía digital, y salas de hemodinámica en funcionamiento. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Como se observa en el gráfico 6.9, los equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único aumentan el 29,2% entre los años citados, pasando de 4,8 equipos a 6,2 equipos por cada 1.000.000 habitantes. Algo similar ocurre con el equipamiento de angiografía digital, que aumentan un 19,0%, pasando de 4,2 equipos a 5,0 por cada 1.000.000 habitantes. Igualmente se observa con las salas de hemodinámica en funcionamiento, con un 18,8% de incremento entre 2009 y 2012 (de 4,8 salas a 5,7 salas).

En cuanto a los aparatos de litotricia renal (para tratar las piedras en la vesícula y el riñón), los aceleradores lineales (para el tratamiento de tumores cancerígenos mediante radiación) y las bombas de telecobaltoterapia (para el tratamiento de tumores cancerígenos mediante radiación), se observa lo siguiente:

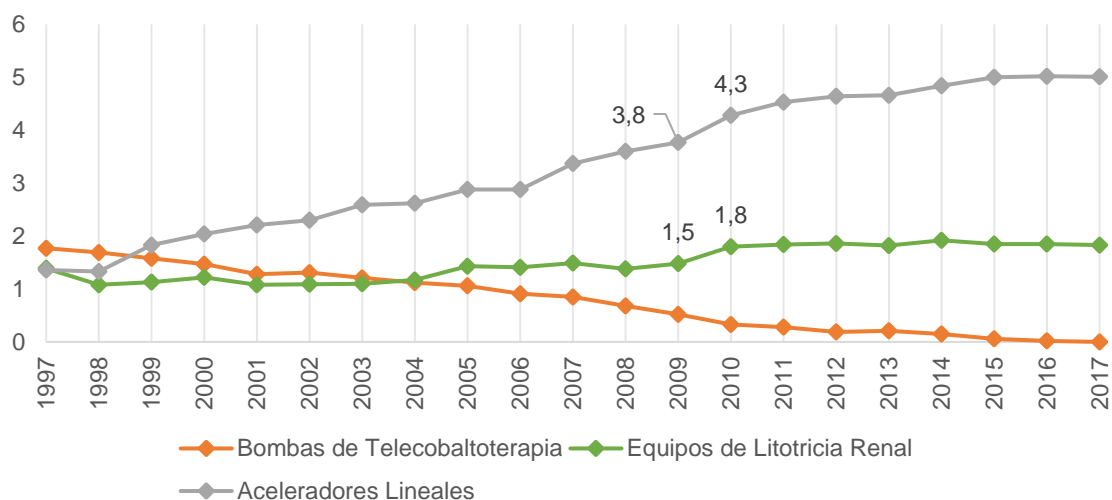


Gráfico 6.10. Dotación tecnológica: aparatos de litotricia renal, aceleradores lineales y bombas de telecobaltoterapia. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS

Vemos en el gráfico 6.10 que los aparatos de litotricia renal aumentan un 20,0% entre los años 2009 y 2010, pasando de 1,5 equipos por cada 1.000.000 habitantes a 1,8. De igual forma se observa en los aceleradores lineales, que muestran el mismo patrón: aumentan el 13,2% de los equipos entre 2009 y 2010 (de 3,8 equipos a 4,3 por cada 1.000.000 habitantes). El único equipamiento que no sigue esta tendencia son las bombas de telecobaltoterapia, pero es debido a que están siendo reemplazados por los aceleradores lineales, más modernos.

Los equipos de resonancia nuclear magnética (para obtener imágenes mediante campos magnéticos), y los de tomografía axial computarizada (conocidos como TAC, para tomar imágenes a través de rayos X), muestran una tendencia asimismo creciente:

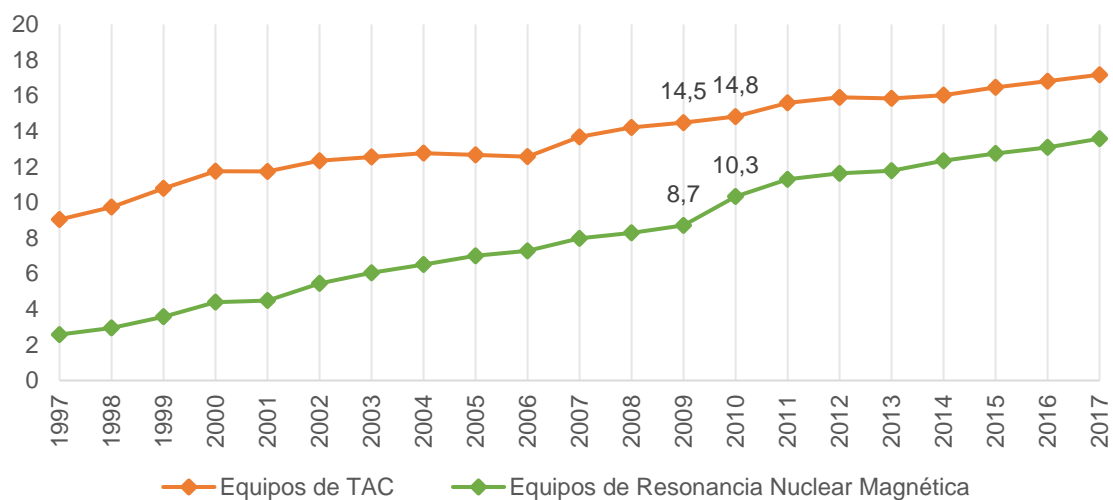


Gráfico 6.11. Dotación tecnológica: equipos de resonancia nuclear magnética y equipos de tomografía axial computarizada. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS

Concretamente, los equipos de resonancia nuclear magnética se incrementan un 18,4% en las citadas fechas, pasando de 8,7 a 10,3 equipos por cada 1.000.000 habitantes. Los equipos de tomografía axial computarizada no presentan grandes aumentos durante la crisis, pero sí siguen su tendencia creciente.

Por último, como se observa en el gráfico 6.12, los equipos de hemodiálisis (para terapia de sustitución renal), aumentan un 15,5% durante estas fechas, pasando de 76,3 a 88,1 equipos por cada 1.000.000 habitantes.

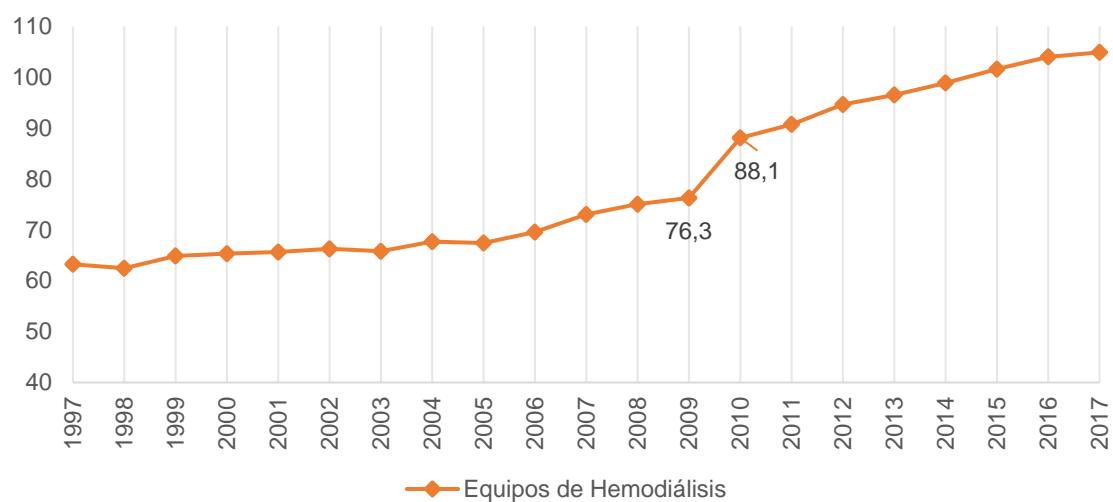


Gráfico 6.12. Dotación tecnológica: equipos de hemodiálisis. Unidades por cada 1.000.000 habitantes.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

6.5. Personal

Tanto en la atención primaria, como en la especializada, los cambios en el personal han sido menores con la crisis. Veamos primero el caso de la atención especializada.

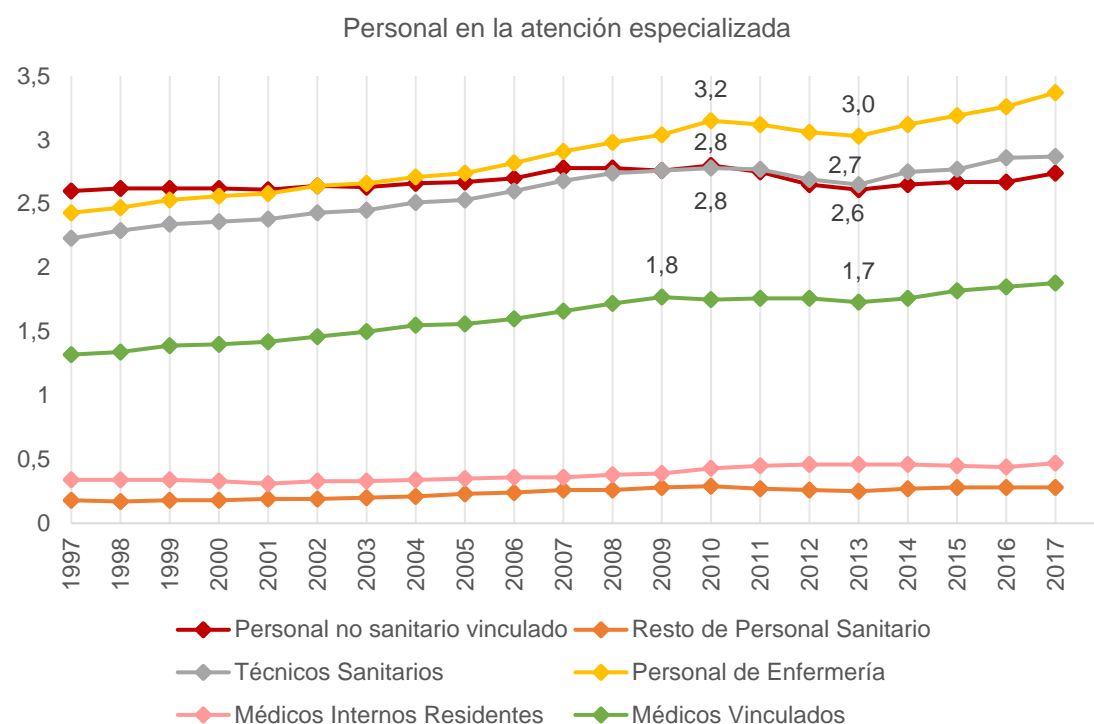


Gráfico 6.13. Personal en la atención especializada. Profesionales por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Podemos ver en el gráfico 6.13 que en 2010 algunas categorías laborales disminuyen hasta 2013, aunque las diferencias son realmente mínimas, de décimas. Es el caso del personal no sanitario vinculado (que pasa de 2,8 profesionales por cada 1.000 habitantes a 2,6), técnicos sanitarios (de 2,8 profesionales por cada 1.000 habitantes a 2,7) y personal de enfermería (que pasa de 3,2 a 3,0 profesionales por cada 1.000 habitantes). Los médicos vinculados disminuyen de 1,8 en 2009 a 1,7 médicos por cada 1.000 habitantes en 2013.

En la atención primaria se observa también cierta disminución del personal disponible en relación al tamaño de la población (gráfico 6.14), sobre todo en los últimos años de la crisis, coincidiendo con la reforma sanitaria del RD-ley 16/2012. Para este dato el ministerio de sanidad no ofrece, como en el caso anterior, el número de personal disponible por cada 100.000 habitantes, sino una ratio entre el número de población asignada a cada profesional (médico, pediatra, etc.) y cada profesional.

Ratio: número de pacientes por cada profesional en atención primaria

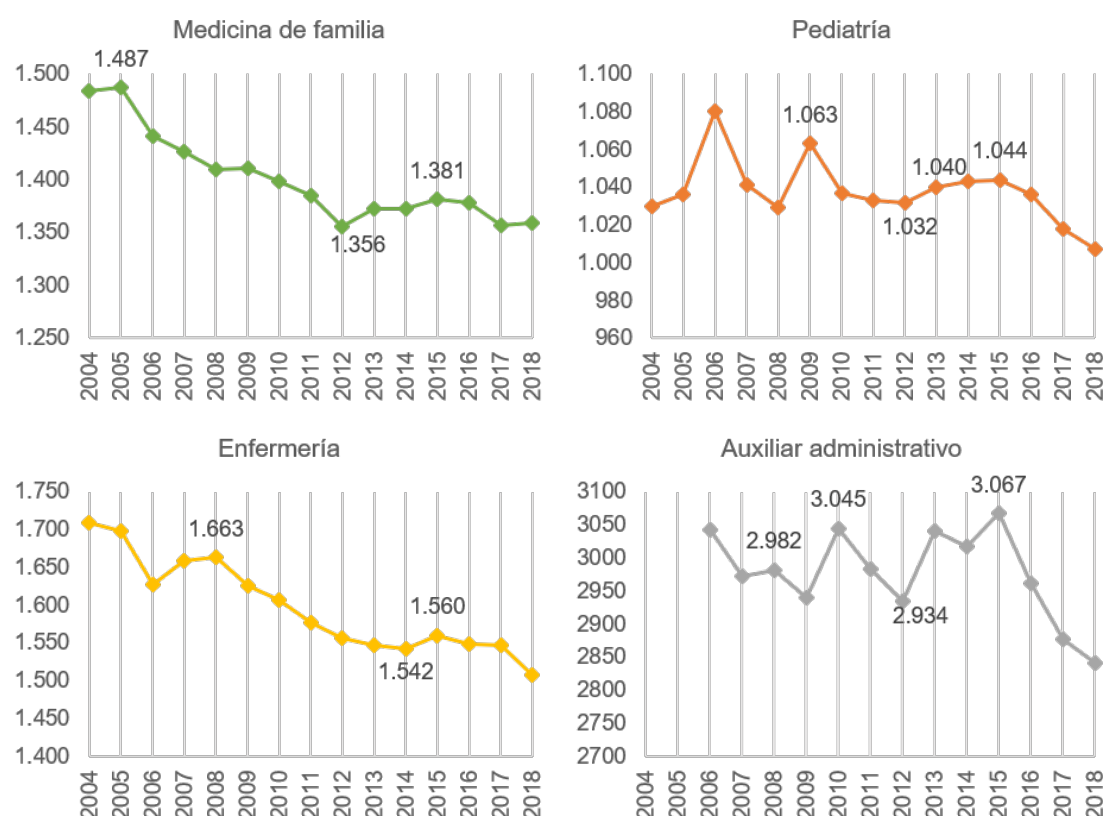
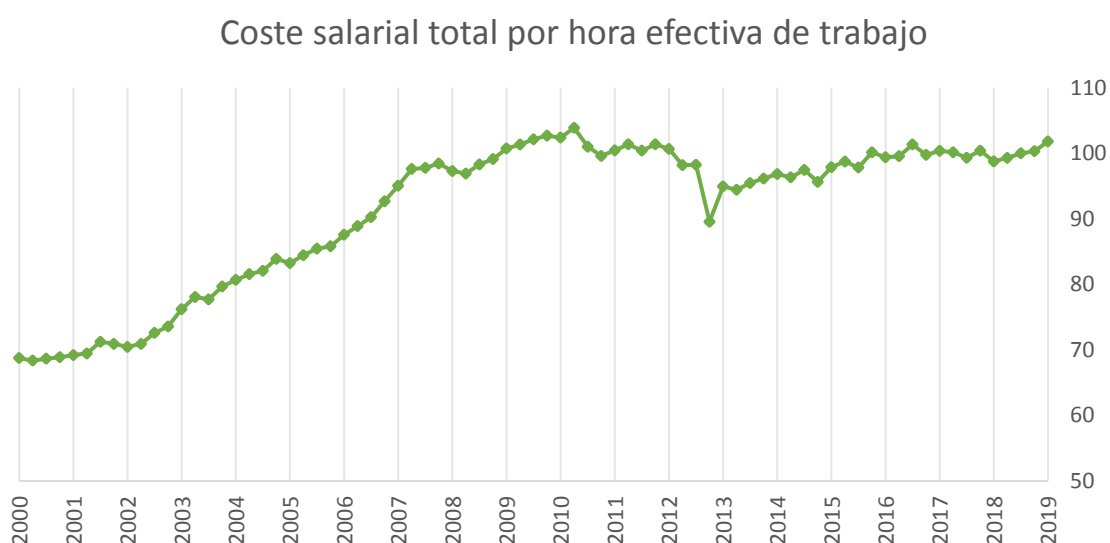


Gráfico 6.14. Personal en la atención primaria. Pacientes por cada tipo de profesional. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Los médicos de familia muestran más saturación en sus consultas, ya que el número de pacientes por cada profesional, a partir de 2012, aumenta un 1,8% hasta 2015 (de 1.356 a 1.381 pacientes), revirtiendo así la tendencia decreciente que presentaba desde 2005. Ocurre algo similar en pediatría, donde la población asignada a cada profesional aumenta un 1,2% de 2012 a 2015 (pasando de 1.032 pacientes por pediatra a 1.044). No obstante, hay que señalar que al inicio de la crisis el número de pacientes era superior, 1.063 por cada profesional. En enfermería, prácticamente desde el inicio de la crisis, el número de pacientes va en disminución, aunque en 2015 también aumenta ligeramente la ratio un 1,2% (de 1.542 pacientes en 2014 se pasa a 1.560) para luego retomar la tendencia decreciente. En el caso de administrativos es más difícil determinar el comportamiento ya que muestra una evolución más caótica, con altibajos difíciles de asociar a alguna causa.

No obstante, conviene recordar que, aunque la disminución sea mínima de cara a la atención al paciente, estos decrementos sí pueden tener un impacto importante en el gasto sanitario, teniendo en cuenta que la mayor parte de este se destina a retribuciones del personal, según los informes de las estadísticas de gasto sanitario público del ministerio de sanidad (MSCBS, 2017).

Además, los datos del INE precisamente muestran esta disminución en las retribuciones en las actividades sanitarias y de servicios sociales, tal y como puede verse en el gráfico 6.15:



*Gráfico 6.15. Retribución salarial al personal vinculado a las actividades sanitarias y de servicios sociales.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.*

6.6. Sinopsis

Los datos analizados muestran que el gasto público en sanidad se ha visto afectado con la crisis económica, como se esperaba. El porcentaje correspondiente a esta partida del PIB ha disminuido hasta un 11,1% entre los años 2009 y 2014. Esto se evidencia también en el gasto sanitario público per cápita, el cual se ha reducido un 5,2% de 2009 a 2014. El gasto sanitario privado igualmente se ha visto reducido, pero de forma casi marginal.

Aunque el gasto sanitario público haya disminuido, los datos no evidencian un empeoramiento relevante en la calidad de la atención al paciente, ni con la crisis económica, ni tras la aplicación del RD-Ley 16/2012, desde el punto de vista de los recursos disponibles, materiales y de personal.

El número de centros de atención primaria y de hospitales apenas ha sufrido cambios con la crisis económica. Disminuyen ligeramente, pero de forma prácticamente insignificante. En cambio, los centros de especialidades aumentan de forma considerable con la crisis, incrementándose un 40,4% de ellos sólo entre los años 2009 y 2011.

En cuanto a la dotación básica (que hace referencia a las camas instaladas y las que están en funcionamiento, al número de quirófanos y al número de puestos de hospital de día), cabe destacar un considerable aumento del 48,3% en los puestos disponibles en los hospitales de día entre los años 2009 y 2010, en plena crisis. Las camas hospitalarias (instaladas y ocupadas) siguen con su tendencia decreciente y no muestran cambios relevantes durante la crisis, e igualmente el número de quirófanos no se ve afectado.

En cuanto a la dotación tecnológica, aumentan considerablemente en plena época de crisis. Así se observa con los equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único, de litotricia renal, de angiografía digital, de resonancia nuclear magnética, de hemodiálisis, y de aceleradores lineales, los cuales aumentan entre el 10% y el 20% según el equipo de 2009 a 2010. Igualmente, las salas de hemodinámica en funcionamiento aumentaron un 18,8% de 2009 a 2012. Por otro lado, los equipos de tomografía axial computarizada siguen su tendencia creciente sin cambios relevantes durante la crisis, y las bombas de telecobaltoterapia muestran una tendencia decreciente sin alteraciones relevantes con la crisis, debido a que están siendo sustituidos por los aceleradores lineales.

Por último, en cuanto al personal, se observa una disminución en la atención primaria y especializada, aunque mínima. No obstante, esto no significa que las consultas no hayan ido incrementando su saturación en los últimos años. Sí se ha incrementado la saturación, según se ha mencionado en las entrevistas y la

encuesta a los médicos, como se detalla en los capítulos 9 y 10. Pero, por lo que se evidencia en los datos, esto no se debe tanto a una disminución en el personal, sino más bien a un incremento en la asistencia a las consultas, como veremos en el capítulo 7. Igualmente, se resalta que, aunque de cara al paciente no se aprecien apenas disminuciones en el personal sanitario por ser mínimas, esto no significa que esta disminución sí tenga un impacto considerable a nivel económico, teniendo en cuenta que la mayor parte del gasto sanitario se destina a remuneración del personal.

CAPÍTULO 7. El estado de la salud

En este capítulo analizaremos los posibles cambios en el estado de la salud de la población española con la crisis económica o con la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012. Para dar una visión lo más completa posible, se han revisado múltiples indicadores, entre los que destacaremos: la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad y problemas de salud, al igual que los hábitos saludables. Tras una exhaustiva revisión estadística, al final del capítulo trataremos de analizar el papel que el sistema sanitario público juega en la esperanza de vida.

Haremos referencia especial a la crisis económica desarrollada a partir del 2008, si bien señalaremos también, en algún caso, la evolución de los índices con las crisis económicas anteriores, que pueden situarse a partir de los años 1990 y 2000.

7.1. Esperanza de vida

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE en adelante), la esperanza de vida (EV) se define como “el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente

observado²¹". La OMS detalla un poco más la definición como "el número promedio de años que esperaría vivir un recién nacido, si toda su vida estuviera expuesta a las tasas de mortalidad por sexo y edad que prevalecen en el momento de su nacimiento, para un año específico y un país, territorio o área geográfica determinadas²²". Además, como señala el INE, la EV es el indicador "más ampliamente utilizado para realizar comparaciones sobre la incidencia de la mortalidad en distintas poblaciones y, en base a ello, sobre las condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población". Por este motivo, en la literatura es uno de los principales indicadores usados para obtener una idea del estado de salud de una población.

En primer lugar, se muestra una visualización general con la evolución de la esperanza de vida al nacer en España, desde 1990 hasta el 2018, último dato disponible a la fecha de realización de la presente tesis doctoral. Los datos que ofrecen las distintas fuentes estadísticas difieren en algunas décimas, pero son mínimas. Se ha optado por los datos del INE porque es el que proporciona el dato más actual. Tal y como se observa en el gráfico 7.1, la EV presenta una tendencia creciente, de forma progresiva y continuada. En ningún momento del período representado se aprecian grandes cambios ni puntos de inflexión. Si ha habido algún cambio por la crisis o la aplicación del RD-Ley 16/2012, no se ha manifestado a través de una disminución en la EV.

²¹http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&p_agename=ProductosYServicios/PYSLayout
(fecha de consulta 17/07/2019)

²² Traducción propia desde: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=65#>
(fecha de consulta 17/07/2019)

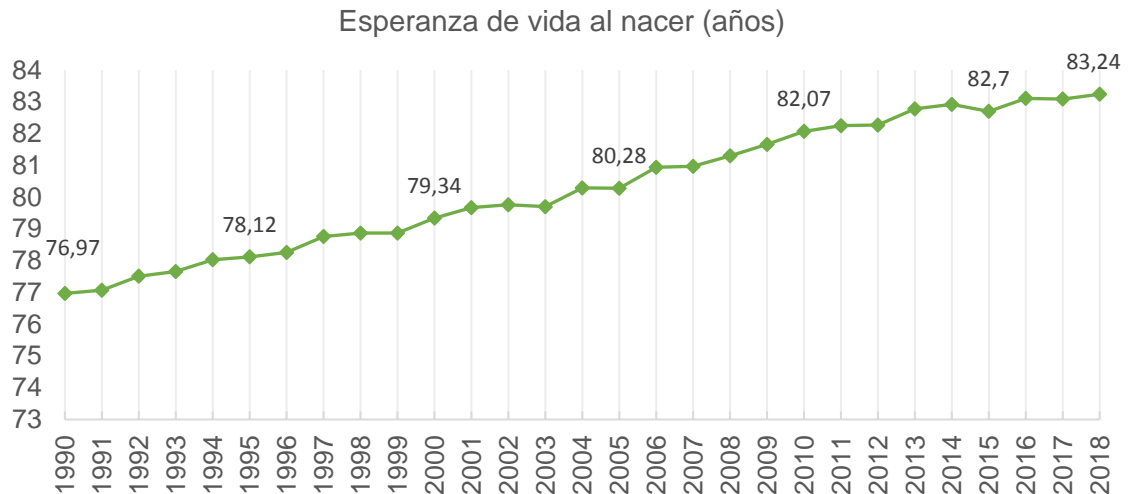


Gráfico 7.3. Esperanza de vida al nacer en España. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

No obstante, las consecuencias de la crisis económica o del real decreto no tienen por qué manifestarse a través de una disminución directa en el fenómeno que se estudia, en este caso la EV. Esto sería así, si los efectos de la crisis o del decreto fueran extremadamente acusados. La historia reciente nos muestra ejemplos de contextos económicos y sociopolíticos especialmente adversos, en los que sí se dieron, literalmente, disminuciones en la esperanza de vida, así como aumentos en la mortalidad y morbilidad. Fue el caso, por ejemplo, de los nuevos estados que surgieron a partir de la disolución de la Unión Soviética desde la caída del muro, en los que se observó una gran crisis socioeconómica con efectos devastadores en la salud de la población, con importantes disminuciones en la esperanza de vida provocados por el aumento de la mortalidad, tal y como se observa en el gráfico 7.2, con los datos proporcionados por la OMS. A efectos comparativos, añadimos también la evolución de la EV de los estados miembros que entraron en la Unión Europea antes de 2004.

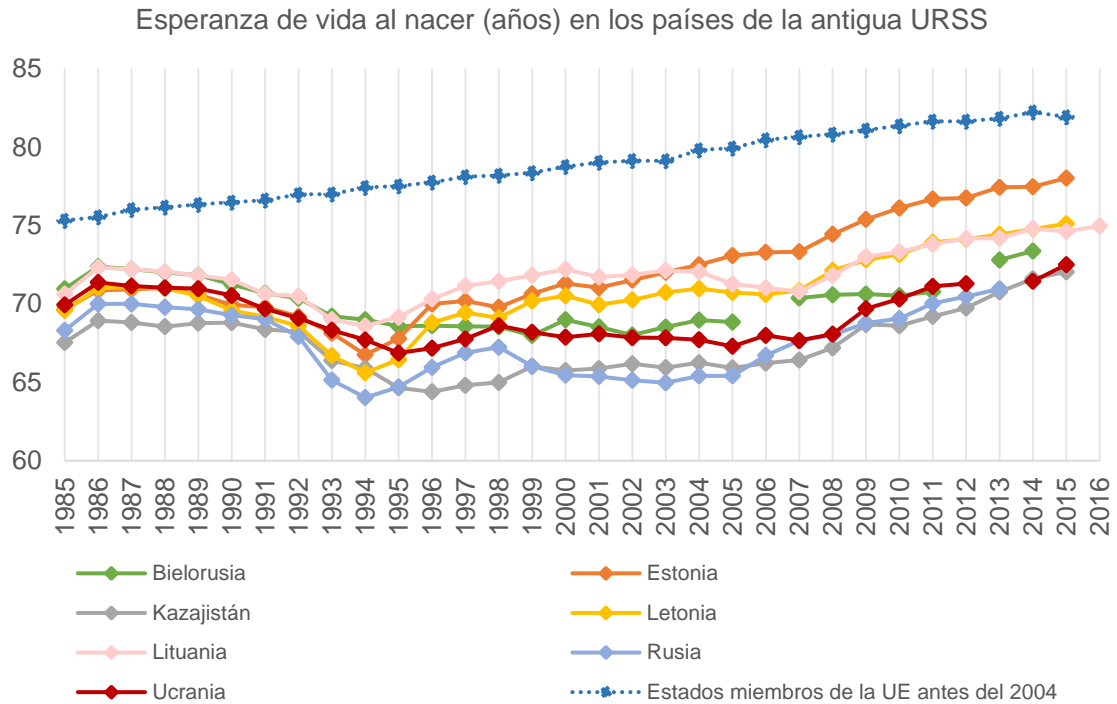


Gráfico 7.4. Esperanza de vida al nacer en los antiguos países de la URSS, en comparación con la media de los países miembros de la UE antes de 2004. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

No obstante, que no disminuya directamente la EV no significa que la crisis o el real decreto no haya tenido efectos en la salud de la población. Puede que estos efectos se manifiesten con intensidad menor y que se evidencien en una desaceleración en el ritmo de crecimiento. Por ejemplo, que la EV haya seguido aumentando, pero a un ritmo más lento. Para detallar esta posibilidad se muestran las tasas de crecimiento en el gráfico 7.3, las cuales, como dijimos en el capítulo anterior, resultan especialmente útiles para observar cambios en una tendencia cuando en la serie original no se aprecian de forma evidente.

Tasa de crecimiento de la EV_0



Gráfico 7.5. Tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer en España. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Se observa que el crecimiento es algo más reducido de 2006 a 2007, de 2011 a 2012, así como de 2014 a 2015, ya que las tasas de crecimiento son menores. Pero cuesta determinar si esta disminución es relevante, puesto que se observan disminuciones similares en otros años en los que no había crisis y no estaba en vigor tampoco el RD-Ley 16/2012 (por ejemplo, en los años 2003 y 2005). Además, cabe tener presente que la crisis en España se desarrolló a partir del 2008, y las tasas de crecimiento de la EV disminuyen desde el 2007. No queda claro, por tanto, si la EV se ha visto afectada ni por la crisis económica ni por el RD-Ley 16/2012.

7.2. Mortalidad

7.2.1. Aspectos metodológicos de este apartado

Otro de los aspectos clave para analizar el estado de salud de una población, como se ha mencionado en la introducción de este capítulo, es la mortalidad. Para ello se han usado tasas de mortalidad estandarizadas según la distribución de la edad. Se calcula como un promedio ponderado de las tasas de mortalidad específicas por edad de una población determinada. Los pesos de la

ponderación se asignan en función de la distribución de la edad de esa población. Como la mayoría de las causas de muerte varían significativamente con la edad de las personas, el uso de la tasa de mortalidad estandarizada se convierte en el indicador más apropiado para realizar comparaciones en el tiempo y entre países. El uso del otro indicador común, la tasa bruta (o cruda) de mortalidad, que indica la proporción de fallecidos respecto al total de una población en un año, puede llevarnos a comparaciones engañosas en términos de tendencias, cuando la composición de la edad en una población cambia con el tiempo, o cuando se comparan poblaciones con diferentes estructuras de edad. El objetivo de la estandarización es eliminar el efecto de las causas que no son relevantes (como la influencia de la edad en la mortalidad), con el fin de poner de manifiesto otras circunstancias. Al comparar los patrones de mortalidad entre países, regiones o períodos, las diferencias en la distribución de edad y sexo suelen llevar a una visión engañosa, y es en estos casos en los que la estandarización se muestra pertinente (Eurostat Task Force, 2013; Ahmad et al., 2001).

Una forma de detectar si la mortalidad ha variado en épocas de crisis es mediante los coeficientes de correlación de Pearson entre variables económicas y las variables de mortalidad. En este sentido se han usado las principales variables que han sido señaladas como índices adecuados para detectar crisis económicas, con las tasas estandarizadas de todas las causas de mortalidad en España que ofrece la OMS. Lo que se ha correlacionado es la serie temporal, siendo el número de observaciones de cada variable los datos de cada año. Esta técnica cobra sentido cuando hay muchos datos disponibles; muchas de las causas de mortalidad se registran desde 1972, y algunas variables económicas, como la tasa de desempleo, desde 1975. Esto permite tener un registro amplio de observaciones por cada variable, lo que facilita la detección de posibles correlaciones significativas. Además, las correlaciones entre series temporales resultan un método especialmente útil cuando hay que examinar muchas variables, como en este caso, que se han examinado 73 causas de muerte.

Como indicadores de crisis económicas se han escogido la tasa de desempleo como porcentaje de la población activa, el PIB real per cápita PPA²³ (en dólares estadounidenses) y el gasto público en porcentaje del PIB. Este último indicador no es común para medir recesiones pero en España, con el inicio de la crisis y hasta el 2012 (fecha en la que se obtuvo el rescate financiero por parte de la Unión Europea), es decir durante un buen período de crisis, éste aumentó de forma considerable por lo que resulta también útil. Por otro lado, las causas de mortalidad se desagregan en 73, como ya se ha mencionado.

Antes de mostrar los resultados de las correlaciones, es importante tener presente dos aspectos fundamentales.

En primer lugar, correlacionar series temporales en términos absolutos, con los valores brutos de la serie, provoca generalmente correlaciones espurias. Esto es debido a que los fenómenos que se estudian mediante series temporales suelen tener tendencias que llevan a correlaciones altas y poco (o nada) informativas. Por ejemplo, dos variables pueden mostrar una correlación muy alta, siendo del todo independientes, simplemente porque ambas crecen en el tiempo. Esto es lo que ocurre, por ejemplo, si correlacionamos los porcentajes de los hogares con uso de teléfonos móviles y el porcentaje de personas con obesidad; como ambas tendencias son crecientes, muestran una alta correlación ($r = 0,9$), a pesar de que no tiene por qué haber ninguna relación causal entre ellas.

²³ Valores ajustados a la Paridad de Poder Adquisitivo, indicado para hacer comparaciones entre países y en el tiempo.

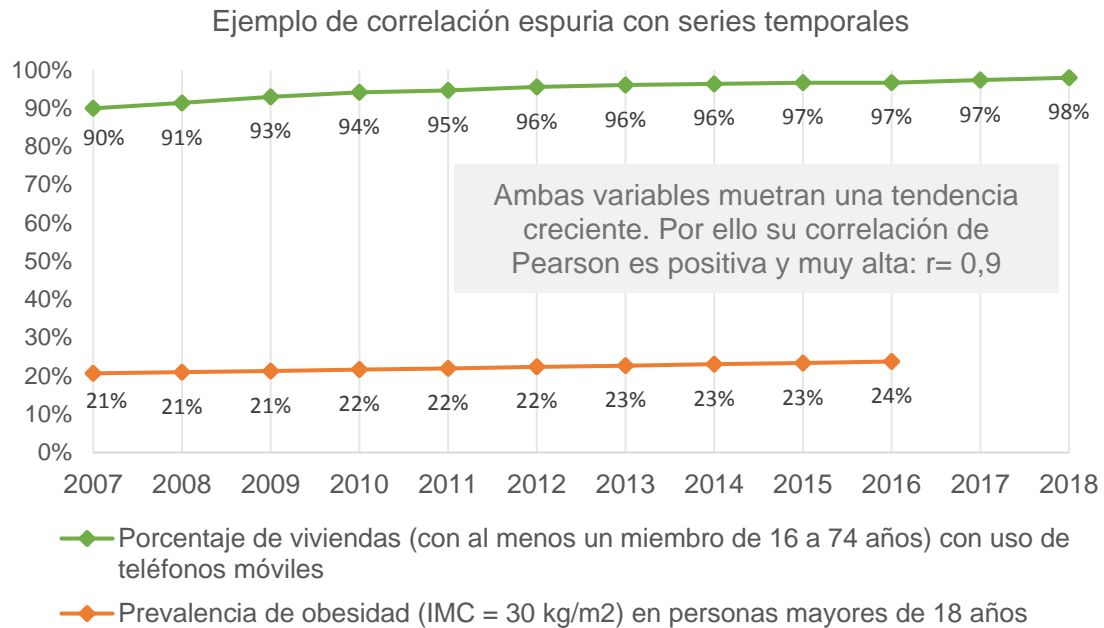


Gráfico 7.6. Evolución de la prevalencia de la obesidad en España con porcentaje de personas con uso de teléfonos móviles en el hogar. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS e INE.

Por este motivo se elimina la tendencia de las series que se estudian. Esta forma de proceder está directamente relacionada con el análisis clásico de las series temporales, también conocido como análisis de descomposición o de componentes no observadas. Según este enfoque, se concibe una serie como la integración de cuatro componentes estructurales: a) tendencia, movimiento generalmente mayor a 10 años; b) ciclo, movimiento menor de 10 años pero superior a un año; c) estacionalidad, movimientos menores de un año; y d) la componente irregular, que engloba todo aquello que no es estructural de la serie y suele tener que ver con factores externos eventuales. Estos componentes actúan de manera conjunta en la serie, pero pueden separarse y analizarse (Rodríguez Morilla, 2000).

Siguiendo este enfoque, se ha procedido a eliminar la tendencia de la serie, para generar una auxiliar que represente básicamente la componente cíclica. Estas nuevas variables sin tendencia, con un registro por año, son las que usamos para las correlaciones. Hay varias formas de eliminar la tendencia, que dependiendo de la forma original de la serie (lineal, exponencial, etc.) mostrarán un ajuste más o menos preciso. Las más comunes son calcular tasas de

crecimiento, restar al valor de un año el valor del año anterior o método de las diferencias (Rodríguez Morilla, 2000), y el método de descomposición de Hodrick–Prescott, especialmente diseñado para eliminar la tendencia de series con grandes ciclos, como es el caso de muchas series económicas (Hodrick y Prescott, 1997). En este estudio, para los indicadores de salud, se han utilizado básicamente las tasas de crecimiento, o las diferencias, ya que suelen presentar comportamientos más lineales en el tiempo. Para las series con un componente cíclico más definido, como es el caso de las económicas, se ha optado por usar el filtro Hodrick y Prescott, más apropiado y usualmente usado en la literatura para este tipo de variables. No obstante, a modo exploratorio se han realizado los tres procedimientos de eliminación de la tendencia (tasa de crecimiento, diferencias y filtro de Hodrick Prescott), y las series resultantes sin tendencia generalmente eran similares en los tres casos.

El segundo punto que queremos recordar, antes de proseguir con los resultados de las correlaciones, es que estas no deben interpretarse nunca en términos de causalidad, sino en términos exploratorios. Es un error común pensar que, si dos variables están correlacionadas y podemos predecir el valor de una a partir de la otra, eso implique que una esté provocando la otra. Simplemente nos informa de que ambas varían conjuntamente, en un comportamiento lineal. La correlación es una condición muchas veces necesaria, pero no suficiente para establecer una relación de causalidad entre dos variables. Determinar una relación causal implica todo un mecanismo de control de variables perturbadoras y la manipulación de la/s variable/s independiente/s, que se da en las condiciones de un estudio experimental, pero no analizando correlaciones *a posteriori* (Runyon y Haber, 1992).

Por último, hacemos notar una pequeña aclaración metodológica. La variable “Tasa de desempleo” se ha construido a partir de los datos del INE y de la OMS, ya que los datos del INE son muy actuales, y ofrecen como último dato el correspondiente a 2018, pero se inicia en el 2006. Por otro lado, la OMS ofrece los datos desde 1974, pero sólo llegan hasta 2015. Desde el 2006 hasta el 2015, disponibles en ambas fuentes, los datos son exactamente los mismos. Por lo que se consideró aceptable añadir los tres datos actuales que faltaban a la serie de la OMS: 2016, 2017 y 2018.

Una vez aclarados estos puntos, detallamos los resultados obtenidos.

7.2.2. Resultados

Las variables que destacan por mostrar correlaciones significativas son la mortalidad por accidentes, por suicidios y por causas externas y envenenamientos. Veamos más en detalle cada una de estas causas.

Disminuyen los accidentes

Unas de las variables que más llaman la atención son las relacionadas con los accidentes. Lo que muestran las correlaciones es que, cuanto más aumentan los índices vinculados con la crisis económica, más se reducen las muertes por accidentes en general, accidentes de transporte y accidentes de tráfico por vehículos de motor.

La variable “tasa de mortalidad por accidentes, estandarizada, todas las edades, por cada 100.000 habitantes” correlaciona negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,729$; $p < 0,01$) y con “tasa de desempleo” ($r = -0,524$; $p < 0,01$). A su vez, “tasa de mortalidad por accidentes de transporte, estandarizada, todas las edades, por cada 100.000 habitantes” correlaciona negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,799$; $p < 0,01$) y positivamente con “PIB real per cápita” ($r = 0,445$; $p < 0,05$). Por último, la “tasa de mortalidad por accidentes de tráfico con vehículos de motor, estandarizada, todas las edades, por cada 100.000 habitantes” correlaciona negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,668$; $p < 0,01$).

Una de las recomendaciones que suele estar muy presente en los manuales de análisis cuantitativo, es que los cálculos y modelos estadísticos no sólo deben tener significatividad estadística, sino también lógico-sustantiva (Cea D'Ancona, 2004). Por este motivo, vamos a complementar las correlaciones con la observación de la propia serie temporal.

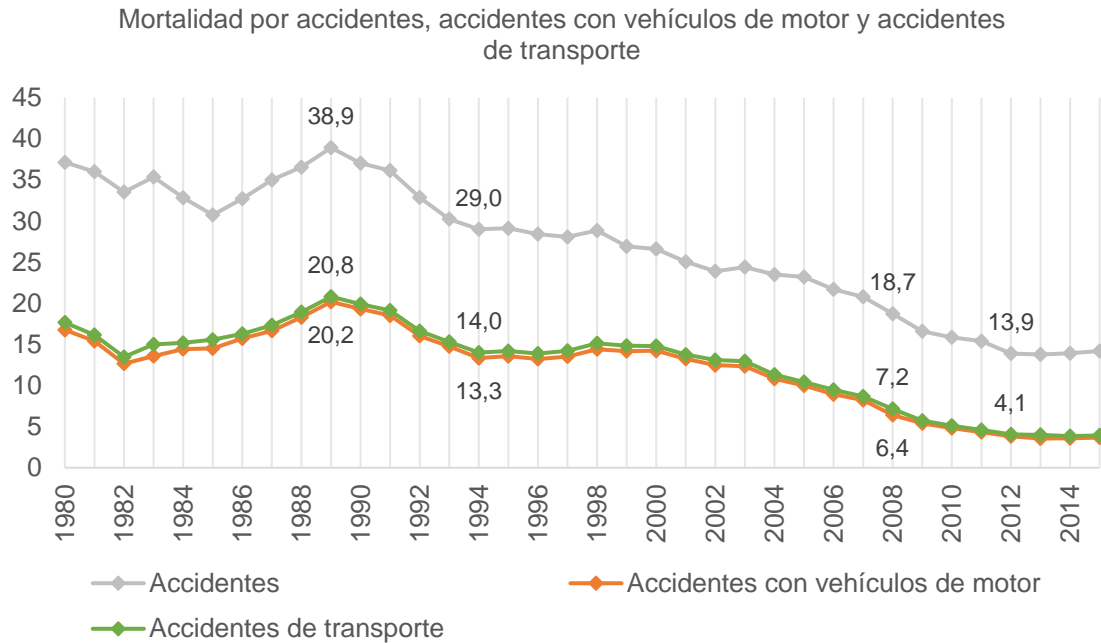


Gráfico 7.7. Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes, accidentes con vehículos de motor y accidentes de transporte. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

En el gráfico 7.5, los tres tipos de accidentes mencionados muestran un progresivo descenso desde finales de los años 80. Posiblemente determinadas campañas y políticas públicas en fomento de la prudencia en la conducción, así como la producción de vehículos más seguros, reflejen sus resultados en estos datos. Pero se observa también que este descenso es algo más pronunciado en épocas de crisis, especialmente en la crisis de principios de los años 90 y, en menor medida, también en la crisis del 2008. Las tasas de crecimiento (gráfico 7.6) muestran claros picos negativos en épocas de crisis, tanto en la del 2008 como en la de 1990 e incluso la de 1982.

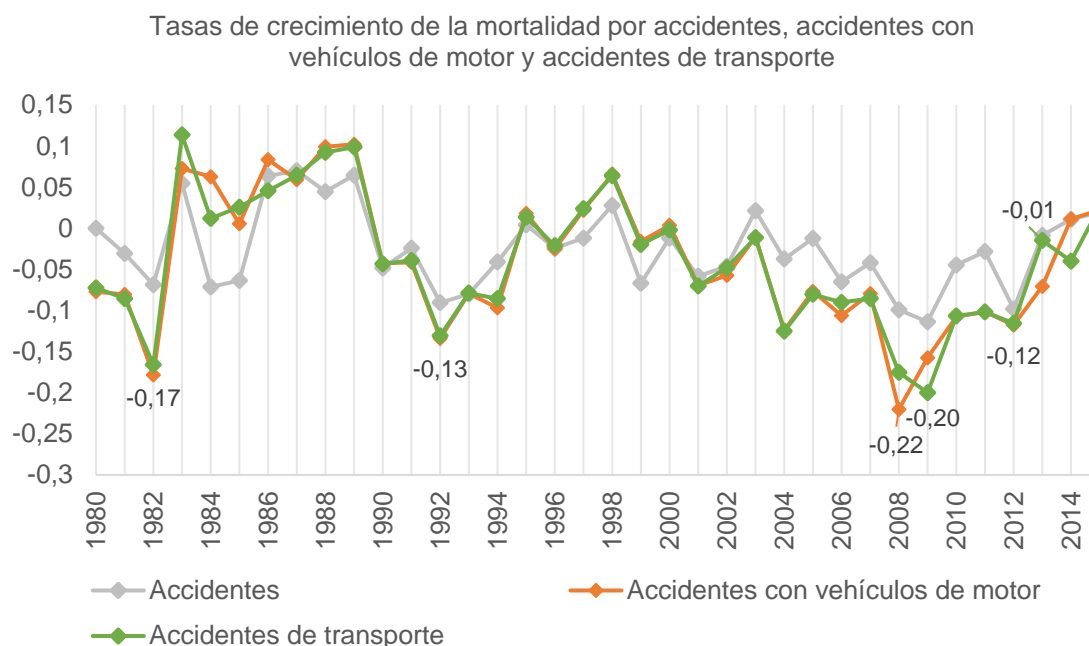


Gráfico 7.8. Evolución de las tasas de crecimiento de la mortalidad por los tres indicadores de accidentes.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

Unos datos que evolucionan de forma similar, y que pueden ayudar a interpretar la mortalidad por accidentes de tráfico, son los relacionados con el “nivel de circulación” de vehículos. ¿Ha habido menos tráfico con la crisis? ¿Menos coches? Son conceptos sencillos de entender, aunque no tanto de operacionalizar. Motivo por el cual existen numerosos indicadores para medir si hay más circulación o menos: parque de vehículos, tráfico medido en kilómetros totales de desplazamiento, número de nuevas matriculaciones, etc. Hemos examinado varios de estos indicadores y todos señalan una disminución de la circulación en período de crisis económicas.

El dato sobre el número de vehículos en circulación es lo que se conoce como parque de vehículos y se obtiene de la consulta de archivos administrativos con los registros de matriculación y de baja. La estadística la proporciona la Dirección General de Tráfico²⁴ (DGT en adelante), y además la desagrega por tipo de

²⁴ <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/parque-vehiculos/>

vehículo, carburante, año de matriculación, carga máxima, agrupación de plazas, cilindrada y número de ruedas. Pero nos basta con conocer el dato total para comprobar que efectivamente durante los años de la crisis el parque de vehículos total disminuye:

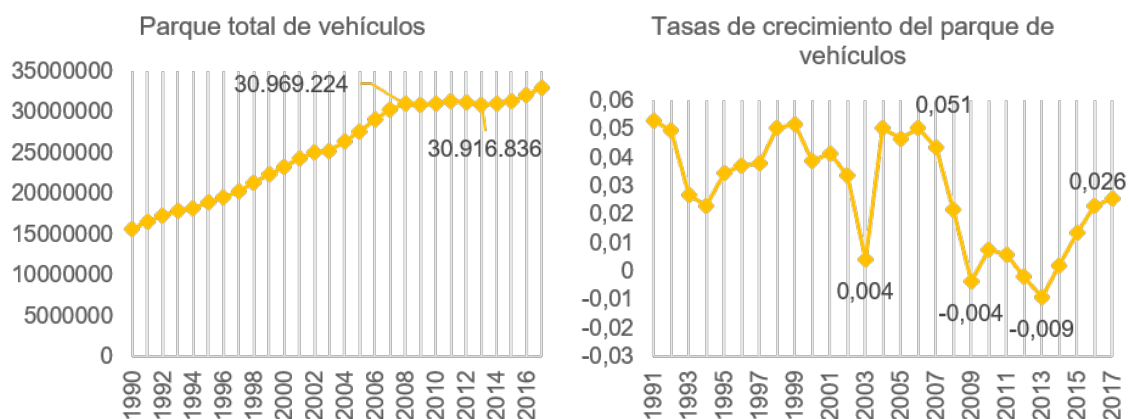


Gráfico 7.9. Evolución del parque de vehículos y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGT.

Se observa especialmente en sus tasas de crecimiento (gráfico 7.7), las cuales son negativas o muy cercanas a 0 entre los años 2009 y 2013. En 2009 decrece un 0,4% respecto al año anterior, mientras que en 2013 un 0,9% respecto a 2012. Son las tasas más bajas desde 1991, según los datos disponibles de la serie.

De forma similar ocurre con el número de matriculaciones totales (gráfico 7.8), las cuales desde 2008 disminuyen significativamente y no vuelve a recuperar su tendencia creciente hasta 2013.

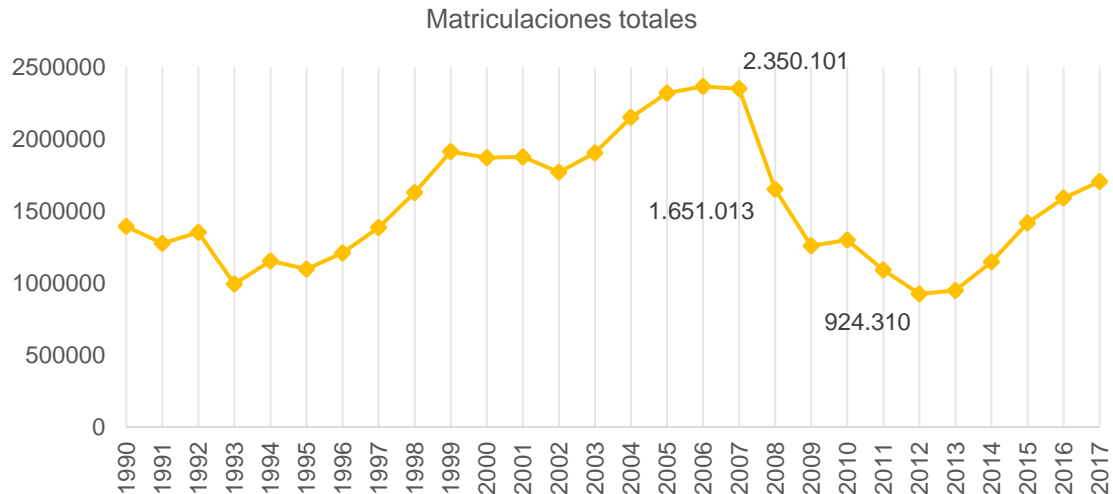


Gráfico 7.8. Evolución del número de matriculaciones totales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGT.

Como se observa en el gráfico 7.8, en 2007 el dato era de 2.350.101 matriculaciones, y hasta 2012 el número se redujo un 60,7%, pasando a 924.310 matriculaciones, el dato más bajo de la serie.

Por otro lado, además de menos coches en circulación y menos matriculaciones, hubo menos desplazamientos. Una de las unidades más empleadas para cuantificar los kilómetros recorridos, por un vehículo particular o una flota de vehículos, en Ingeniería de Tráfico es el vehículo-kilómetro (vh-km), que nos indica precisamente los kilómetros que fueron recorridos por los vehículos en los tramos aforados (tramos con sistemas de medición de la circulación). Nos ofrece una referencia del incremento o decremento de la circulación. Este dato lo ofrece el Ministerio de Fomento²⁵ en su historial estadístico sobre la circulación en el conjunto de las redes de carreteras de España, con datos desde el año 2000 tal y como se observa en el gráfico 7.9. El conjunto de las redes de carreteras de España está conformado por la red de carreteras estatal, la autonómica, la provincial y la municipal.

²⁵ <https://www.fomento.gob.es/carreteras/trafico-velocidades-y-accidentes-mapa-estimacion-y-evolucion/evolucion-del-trafico-desde-el-an%CC%83o-2000/evolucion-del-trafico-desde-el-an%CC%83o-2000-rce-y-todas-las-redes>

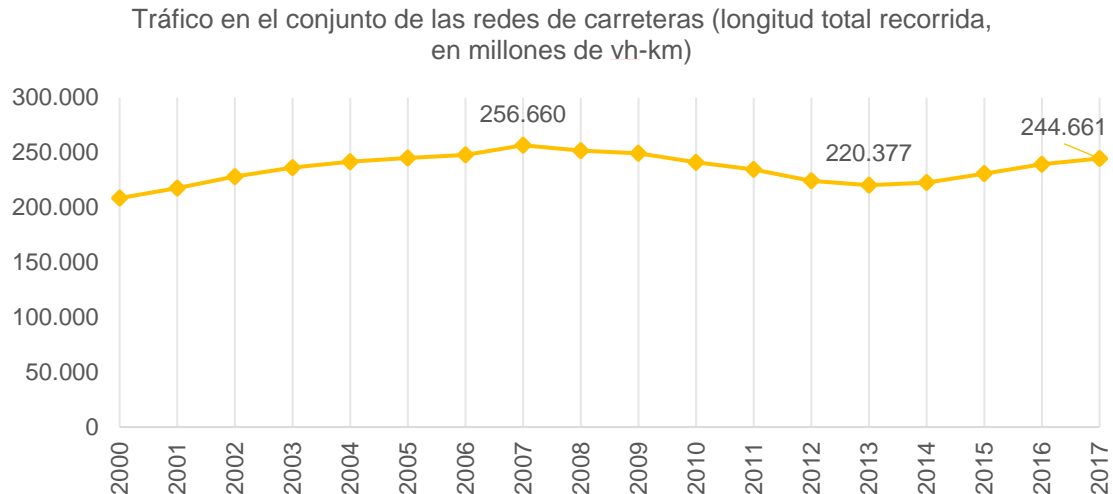


Gráfico 7.9. Evolución del tráfico en las carreteras españolas. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Fomento.

Lo que se observa es que efectivamente a partir de 2007 hubo una disminución en los kilómetros recorridos por el total de vehículos en las carreteras españolas. En definitiva, disminuyó la circulación. Si en 2007 hubo 257 mil millones de km en desplazamientos por las carreteras españolas, esta cifra descendió hasta un 14,1% en 2013, año en el que los desplazamientos se cuantifican en 220 mil millones de km.

Aumentan los suicidios

Otra de las variables que destacan por su correlación elevada es la mortalidad por suicidios. La correlación nos indica que aumentan los suicidios con las crisis económicas, ya que la “tasa de mortalidad por suicidios, estandarizada, todas las edades, por cada 100.000 habitantes” correlaciona positivamente con la “Tasa de desempleo” ($r= 0,460$; $p<0,01$).

El gráfico evolutivo (7.10) nos permite comprobar que efectivamente los suicidios se incrementan con las crisis. Pero llama especialmente la atención que no aumentan con el arranque de las crisis, más bien disminuyen. Del 2008 al 2011 se reducen un 12,5%, pasando de 6,5 muertes por cada 100.000 habitantes a 5,7. Los suicidios aumentan como un efecto tardío de la crisis, cuando esta ya

lleva unos años presente. No es hasta 2012 cuando empiezan a aumentar, hasta llegar a la tasa de 7 muertes por cada 100.000 habitantes en 2014. El aumento de los suicidios es breve en el tiempo, pero intenso, ya que de 2011 a 2014 el aumento en esa tasa de mortalidad es del 22,8%. Las tasas de crecimiento efectivamente muestran valores positivos en 2012, 2013 y 2014. En 2015 el número de suicidios vuelve a descender.

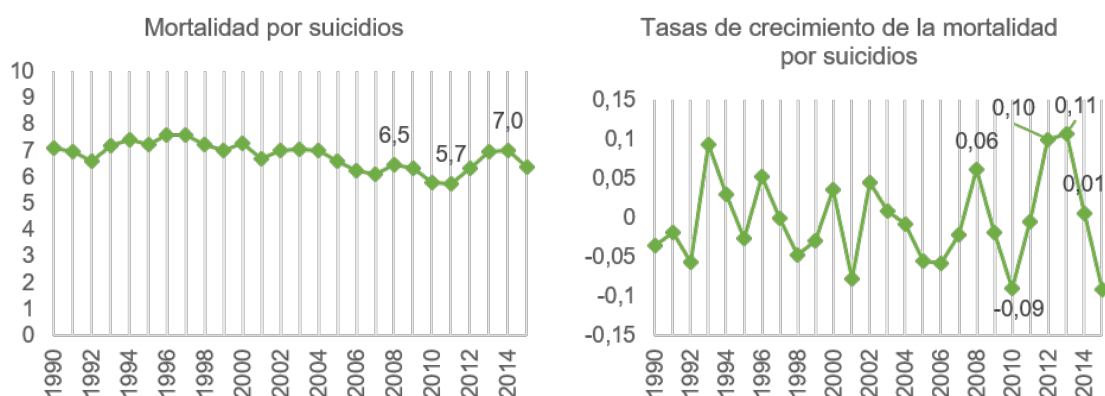


Gráfico 7.10. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

Disminuye la mortalidad por causas externas y envenenamientos

Las correlaciones muestran, además, que cuanto más aumenta la crisis, más se reducen las muertes por causas externas y envenenamientos. La “tasa de mortalidad por causas externas y envenenamientos, estandarizada, todas las edades, por cada 100.000 habitantes” correlaciona negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,704$; $p < 0,01$)

En la evolución de esta variable (gráfico 7.11) se puede apreciar una tendencia decreciente desde el inicio de la serie.



Gráfico 7.11. Evolución de las tasas de mortalidad por causas externas y envenenamientos, y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

También se observa que se acentúa este decrecimiento del 2008 al 2012, así como en los primeros años de los 90, período que también coincide con otra crisis económica. Más claro se ve en sus tasas de crecimiento, siendo sus dos puntos más negativos en la crisis de principios de los 90 y en la crisis del 2008. Hay que señalar que dentro de las causas externas se incluyen, entre otros, los accidentes y los suicidios, por lo que es esperable que esta categoría muestre estar correlacionada también. Recordemos que hemos usado varias clasificaciones de mortalidad, por eso en algunas las causas externas se desagregan y en otras se presentan agregadas.

7.3. Morbilidad y problemas de salud

Más allá de los efectos en la mortalidad, de la cual dependen los indicadores de la esperanza de vida y la tasa de mortalidad analizadas, también pueden estudiarse los efectos de la crisis y de la aplicación del real decreto en la morbilidad (lo que conocemos comúnmente como enfermedad). La mortalidad sería el desenlace final de cualquier problema de salud o estado de morbilidad, pero una buena gestión de esta última precisamente evita al máximo los desenlaces en mortalidad. Por eso mismo, muchos efectos en la salud pueden no verse reflejados en las tasas de mortalidad anteriormente estudiadas. Una

alta mortalidad se correspondería mejor a contextos más adversos, como es el caso mencionado de la crisis económica en los países de la antigua Unión Soviética tras la caída del muro. Resulta clave, por tanto, el estudio de los cambios que puedan existir en la morbilidad y los problemas de salud.

El estudio de la morbilidad no es tan “sencillo” como el de la mortalidad o la esperanza de vida, ya que estos son indicadores objetivos. En España todos los casos de mortalidad quedan registrados oficialmente y la esperanza de vida se construye posteriormente a partir de estos datos. En cambio, la morbilidad presenta un primer inconveniente y es que no siempre queda registrada. Por ejemplo, no todas las personas acuden al médico a tratar sus problemas de salud, especialmente cuando son de importancia menor, sin dejar de ser por ello enfermedades o problemas de salud. No se registra toda la morbilidad.

Por otro lado, la morbilidad tiene muchas formas de manifestarse y se atiende desde diversos canales de asistencia: desde la atención primaria, a la especializada (que incluye la asistencia hospitalaria), la farmacológica, etc. No basta, como con el caso de la mortalidad o la esperanza de vida, con mirar una sola estadística de “morbilidad”.

Por estos motivos, el estudio de la morbilidad en esta sección abarcará la revisión de estadísticas sobre la actividad en los distintos niveles de asistencia sanitaria, es decir sobre la actividad especializada y primaria, y otros aspectos como el uso de fármacos y los indicadores sobre la salud autopercebida.

7.3.1. Atención especializada I: altas hospitalarias

Uno de los indicadores más comunes para estudiar la morbilidad, y que ofrecen la mayoría de las principales fuentes estadísticas, son los relacionados con la estancia hospitalaria. Resultan una buena referencia para conocer cuáles han sido las causas más importantes de morbilidad. Las principales fuentes de datos (OMS, INE, Ministerio de Sanidad, etc.) suelen ofrecer, sobre todo, el número de altas hospitalarias y, en menor medida, también el tiempo de estancia hospitalaria.

Para analizar los efectos en la morbilidad hemos tomado en esta ocasión los datos del INE, ya que son los que presentan datos más recientes, lo que resulta especialmente útil para estudiar series temporales. La mayoría de los datos de la OMS sobre tasas de morbilidad hospitalaria abarcan desde 1980 hasta el 2009. Por lo que apenas nos da una visión de los posibles efectos de la crisis del 2008 y menos del RD-Ley 16/2012. Por otro lado, el organismo Eurostat no cuenta actualmente con una base de datos oficial sobre morbilidad, ya que está en fase de evaluación de indicadores (Eurostat, 2014). Sí cuenta con indicadores de salud autopercebida e incluso de morbilidad autodeclarada, pero la mayoría de estos indicadores arrancan desde 2014, o desde 2008 en el mejor de los casos, y en este estudio nos interesa analizar también la situación anterior a la crisis. La OECD y el Banco Mundial, por su parte, no ofrecen una clasificación tan detallada sobre causas de morbilidad. El INE, en cambio, mantiene una clasificación de las causas de morbilidad detallada y estable desde 2002 hasta 2017. Lo que supone datos relativamente recientes y que abarcan un período suficiente para tener una idea de los posibles efectos de la crisis o de la aplicación del RD-Ley 16/2012. Los datos anteriores a 2002 no mantienen la misma clasificación de las enfermedades. Por lo que hemos partido desde el 2002, para nuestros análisis, porque resulta suficiente para nuestro propósito, ya que nuestro foco es la crisis económica del 2008.

Concretamente, el INE mide la morbilidad a través de su Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que define sus objetivos de la siguiente manera²⁶:

- Conocer la morbilidad general atendida en los hospitales en función del diagnóstico principal asociado al alta hospitalaria.
- Determinar la estancia media en el hospital.
- Servir de base a estudios epidemiológicos sobre determinados diagnósticos.
- Conocer la distribución geográfica de la morbilidad.

²⁶ Consultado el 11/08/2019: <http://www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.html?oe=30414>

- Proporcionar una base de información normalizada para el conjunto de los hospitales del país, tanto públicos como privados.
- Servir de base para estudios comparativos nacionales e internacionales.

En su apartado metodológico se especifica que, para conocer la morbilidad, toma como medida el alta hospitalaria de un paciente o enfermo que ha pernoctado al menos una noche en el centro sanitario. Define alta hospitalaria como “*el procedimiento por el que un paciente ingresado en un Centro o Establecimiento Sanitario deja de ocupar una cama de hospitalización por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria*”. Hay que señalar que se recoge la información de todas las altas hospitalarias del territorio nacional, tanto si se han dado en hospitales públicos como privados.

El procedimiento que hemos seguido para el análisis es similar al descrito en el apartado sobre la mortalidad. Se han tomado las tasas de morbilidad (altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes), según la causa de ingreso hospitalario, y se han correlacionado con las variables económicas (tasa de desempleo, PIB real per cápita y gasto público en porcentaje del PIB). El objetivo es comprobar si en épocas de crisis se dan cambios en los patrones de morbilidad, especialmente en la última crisis del 2008. Siguiendo las mismas pautas que en el apartado anterior, se han correlacionado las variables habiéndoles sido eliminada la componente tendencia (mediante sus tasas de crecimiento, las diferencias o el filtro de Hodrick-Prescott). Para clasificar la causa del ingreso, se ha usado la clasificación corta “*International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT)*“, establecida a nivel internacional para comparar resultados entre países, y que se desagrega en 20 causas principales de morbilidad.

Las variables relevantes, que han mostrado cambios con las crisis económicas, han sido las altas hospitalarias por enfermedades y complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, y las altas hospitalarias debidas a lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.

Disminuyen las enfermedades y complicaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio

Las correlaciones indican que, cuanto más aumentan los indicadores de la crisis económica, más se reduce la morbilidad y las complicaciones asociadas al embarazo, al parto y el período de puerperio.

Por ejemplo, las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio” correlaciona positivamente con “PIB real per cápita” ($r= 0,693$; $p<0,01$); y negativamente con “Tasa de desempleo” ($r= -0,657$; $p<0,05$) y “gasto público como porcentaje del PIB” ($r= -0,656$; $p<0,05$). Pero, como ya se mencionó en la sección anterior, conviene comprobar las correlaciones con su evolución.

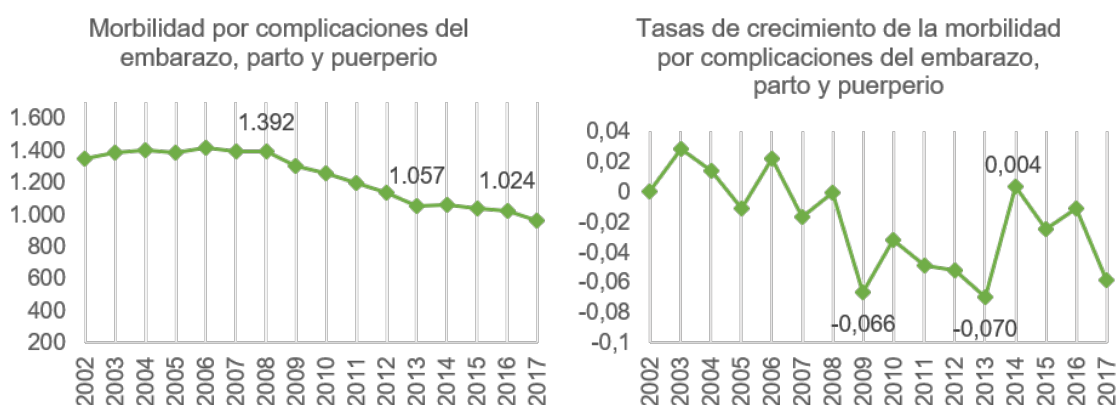


Gráfico 7.12. Evolución de la tasa de morbilidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Se observa en el gráfico 7.12 que en el año 2008 (comienzo de la crisis económica) hay un ligero punto de inflexión en la tendencia que da paso al decrecimiento de esta causa de morbilidad. En plena crisis, de 2008 a 2013, este indicador disminuye en un 21,4%, pasando de 1.392 altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes a 1.057 altas. De forma similar se observa que sus tasas de crecimiento se sitúan en valores negativos durante la crisis, mostrando sus valores más bajos en 2009 (-0,066) y 2013 (-0,07).

De forma similar las altas hospitalarias por “ciertas enfermedades con origen en el período perinatal” disminuyen con la crisis, como indica su correlación negativa con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,750$; $p < 0,01$) y con “tasa de desempleo” ($r = -0,630$; $p < 0,05$); y positiva con “PIB real per cápita” ($r = 0,610$; $p < 0,05$).

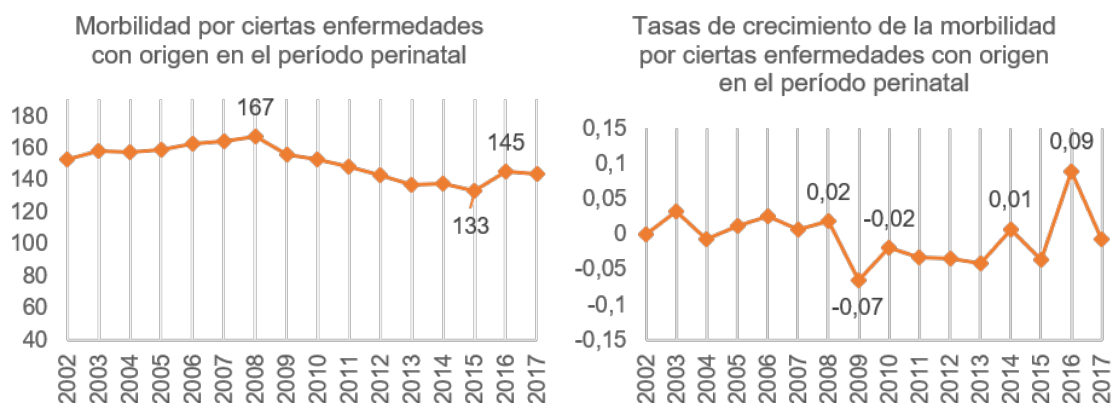


Gráfico 7.13. Evolución de la tasa de morbilidad por ciertas enfermedades con origen en el período perinatal y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Tal y como se observa en el gráfico 7.13, en el año 2008 se da un claro punto de inflexión que marca el cambio de una tendencia creciente a una decreciente hasta el 2015; es decir, que el decrecimiento abarca todo el período de la crisis. Igualmente, las tasas de crecimiento se sitúan en valores negativos prácticamente durante todo este período, destacando 2009 por tener la tasa más negativa de todas (que coincide con la disminución de esta causa de morbilidad de 2008 a 2009, que se observa en la serie temporal original).

Cabe una interpretación bien sencilla y lógica a la disminución de estas dos causas de morbilidad. Durante la crisis económica se dan menos nacimientos. Por este motivo disminuyen los partos y, con ello, las complicaciones y enfermedades con origen perinatal. Así se observa con la tasa de natalidad (número de nacidos por cada mil habitantes), que claramente se ve disminuida en épocas de crisis (tanto en la última del año 2008, como en la de 1990), tal y

como se observa en el gráfico 7.14. Por tanto, la reducción en los problemas de salud derivados con el parto se asocia a la disminución de la natalidad.

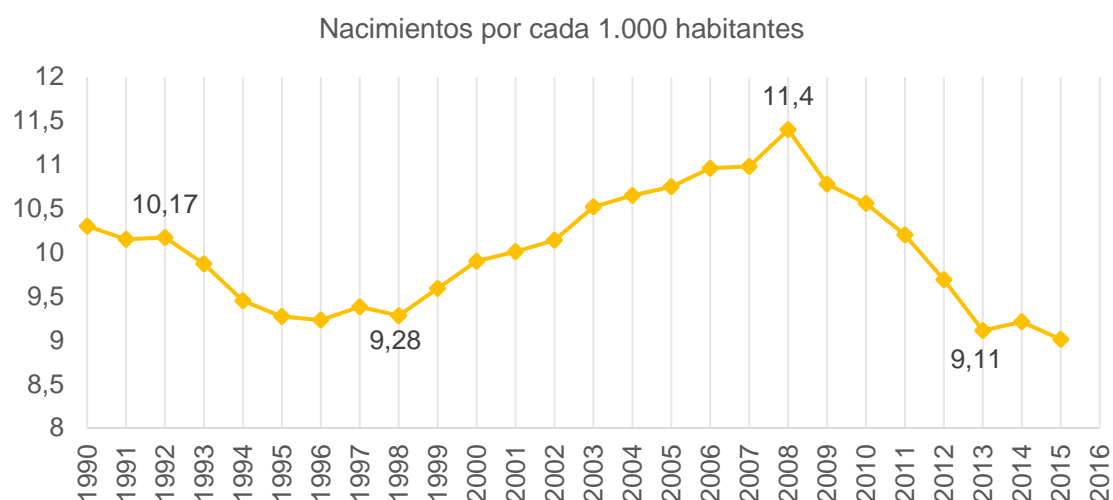


Gráfico 7.14. Evolución de la tasa de natalidad. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

Disminuyen las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

Las altas hospitalarias por “lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas” correlacionan negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,682$; $p < 0,05$). El evolutivo muestra cómo disminuye desde 2006 y en época de crisis:

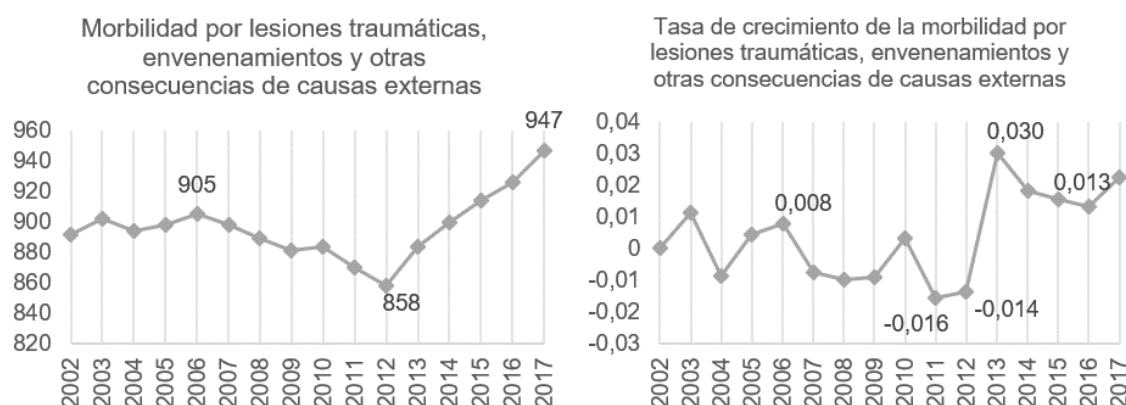


Gráfico 7.15. Evolución de la tasa de morbilidad por lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Se observa un descenso de las altas por esta causa desde 2006, pero de 2010 a 2012 este es algo más acusado. Mientras que en los tres años del 2006 al 2009 disminuye un 2,3%, en los dos años del 2010 al 2012 la disminución es del 2,9%. Igualmente, a partir de 2012 y en período de recuperación económica, vuelve a incrementarse. Dentro de esta categoría de morbilidad se incluyen las siguientes situaciones: “traumatismo intracraneal”; “otros traumatismos de la cabeza”; “fractura de radio y cúbito”; “fractura del fémur”; “fractura de la pierna, incluido el tobillo”; “otros traumatismos”; “quemaduras”; “envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas y efectos tóxicos de sustancias no medicamentosas con respecto a su origen”; “complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos”; “efectos tardíos de lesiones, envenenamientos, efectos tóxicos y otras causas externas” y “otros efectos y efectos no especificados de causas externas”, tal y como se observa en el gráfico 7.16:

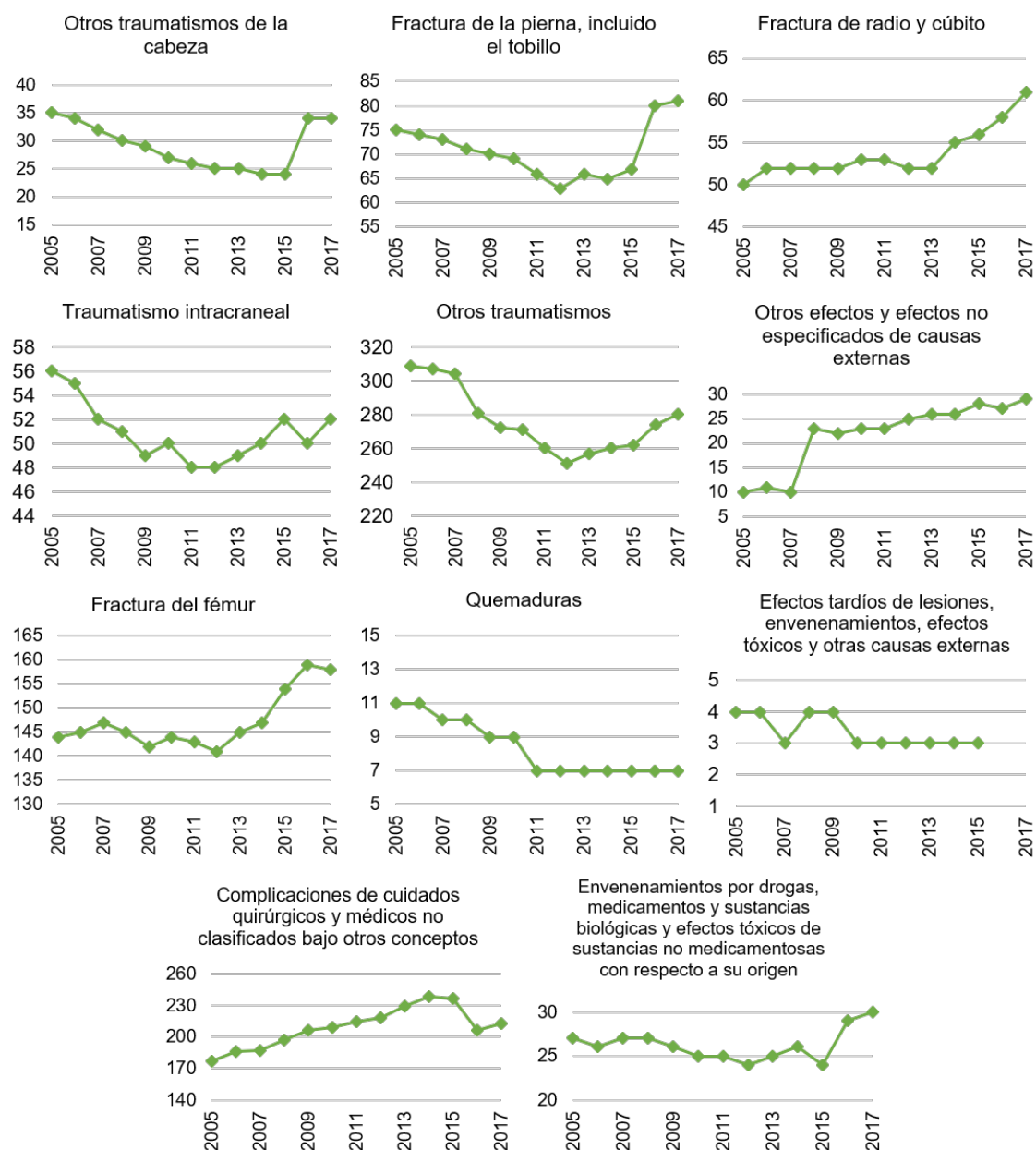


Gráfico 7.16. Evolución de las distintas causas de morbilidad que se incluyen dentro de la categoría "lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas". Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Aunque sólo se proporcionan datos desde 2005, se observa que la mayoría de estas causas muestran cierto descenso desde el inicio de la serie. Pero, sobre todo, destaca que aumentan coincidiendo con el período de recuperación económica, algunas desde 2012 y otras desde 2015, aunque ambas en fechas que se corresponden a cuando la crisis empieza a revertir.

Aumenta la morbilidad por trastornos mentales y de comportamiento

En las entrevistas al personal sanitario, y en la encuesta a los médicos colegiados de la Comunidad de Madrid, ante la pregunta de si habían notado efectos negativos de la crisis en la salud, se mencionó reiteradamente un aumento en las personas con problemas psicológicos, como ansiedad, estrés, decaimiento y depresión. No tenemos el dato de estas causas psicológicas y psiquiátricas atendidas en atención primaria y especializada (sin ingreso hospitalario), pero podemos consultar si ha habido algún aumento en las altas hospitalarias por este motivo.

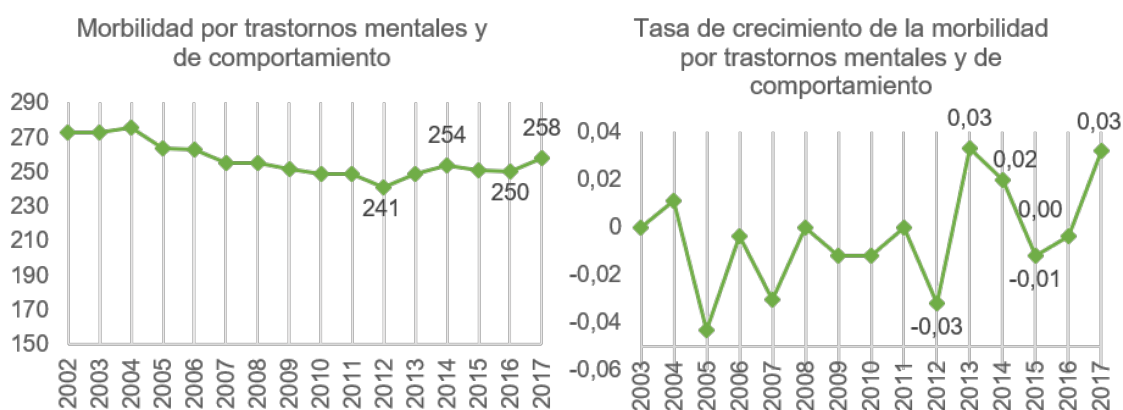


Gráfico 7.17. Evolución de la tasa de morbilidad por "trastornos mentales y del comportamiento" y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

La morbilidad por trastornos mentales y de comportamiento no muestra correlación significativa con ninguna variable económica, quizá porque la muestra es reducida, al haber sólo datos desde 2002. Pero, analizando el evolutivo, sí se observa cierto aumento desde 2012 hasta 2014 en esta causa de morbilidad. Concretamente el aumento es del 5,4% en estos años, y se da en los años más tardíos de la crisis, como el caso de los suicidios observados anteriormente. Las tasas de crecimiento también muestran valores positivos más altos en 2013 y 2014. Igualmente llama la atención que, pasada la crisis, las altas por esta causa siguen aumentando hasta el último dato de 2017.

7.3.2. Atención especializada II: otros indicadores de asistencia hospitalaria

A pesar de la amplia aceptación del uso de las altas hospitalarias como indicadores de la morbilidad de una población, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS en adelante) ofrece diversas estadísticas sobre la atención especializada, que complementan la información proporcionada por las altas hospitalarias. Estos se recogen en la base de datos “Sistema de Información de Atención Especializada” (SIAE), con datos desde 1997 hasta 2017.

Los indicadores que ofrece aportan información sobre la actividad según diversas áreas asistenciales, actividad en intervenciones quirúrgicas, actividades diagnósticas y servicios de urgencias. Hacemos notar que algunos de estos epígrafes también son altas hospitalarias, de modo que son muy similares a los de la sección anterior, pero en este caso la clasificación de las altas hospitalarias es algo distinta. Dada la amplia disponibilidad de datos (muchos de estos indicadores tienen la información desde 1997), hemos procedido del mismo modo que en apartados anteriores. Hemos calculado la serie temporal de cada variable habiéndoles eliminado la tendencia, y hemos calculado las correlaciones con las variables económicas ya mencionadas (tasa de desempleo, PIB real per cápita y Gasto público en porcentaje del PIB). Aunque se prefieren los datos estandarizados, tipo tasas o ratios, por lo comentado en el punto 7.2.1, en algunas variables se ha usado el dato bruto, ya que es el único que se ofrecía. Asumimos el sesgo que puede aportar el cambio en el tamaño de la población, pero creemos que el efecto de la población es menor y que la estandarización no afecta demasiado a los análisis, al ser la comparación entre años no demasiado espaciados en el tiempo y referidos a un mismo país. Las variables que han mostrado tener correlaciones relevantes han sido: la tasa de estudios de hemodinámica, la tasa de sesiones de litofragmentación, las altas hospitalarias de traumatología, las altas hospitalarias relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y el aumento en los servicios de urgencias.

Áreas asistenciales

▪ Disminución en los estudios de hemodinámica

Las correlaciones muestran que, en la última crisis económica, se produjeron menos estudios de hemodinámica (actividad de cardiología encargada del estudio anatómico y funcional del corazón). La “Tasa de Estudios de Hemodinámica, por cada 1.000 habitantes” correlaciona positivamente con el “PIB real per cápita” ($r=0,565$; $p<0,05$). Por otro lado, correlaciona negativamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r= -0,479$) y con “tasa de desempleo” ($r= -0,457$), sobrepasando el nivel de significación comúnmente aceptado de $p<0,05$, pero de forma mínima ($p=0,052$ y $p=0,056$ respectivamente). A pesar de que sobrepasa este nivel crítico, consideramos que es de forma mínima e igualmente nos da una idea del tipo de relación que hay entre las variables. La disminución de esta actividad durante la crisis se observa en su evolutivo:

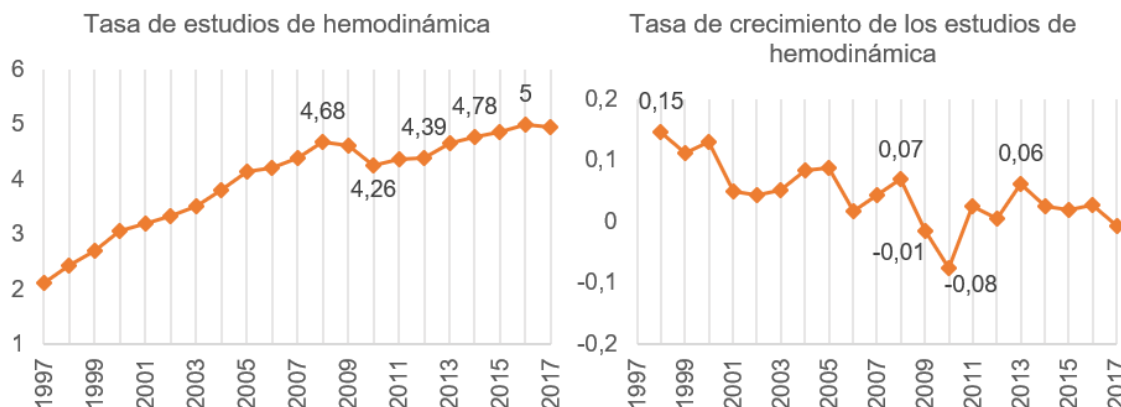


Gráfico 7.18. Evolución de la tasa de estudios hemodinámicos. Número de estudios por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS

De 2008 a 2010 el número de estudios de hemodinámica se reduce en un 9,0%, pasando de 4,68 estudios a 4,26 estudios por cada 100.000 habitantes. Igualmente, las tasas de crecimiento muestran valores negativos en 2009 y 2010. La tendencia creciente se reanuda de 2011 en adelante.

- **Aumentan las sesiones de litofragmentación**

Las correlaciones muestran que las sesiones de litofragmentación (tratamiento para tratar las piedras en la vesícula y el riñón) han aumentado con la crisis. La “Tasa de Sesiones de Litofragmentación, por cada 1.000 habitantes” correlaciona positivamente con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r=0,581$; $p<0,05$) y con “tasa de desempleo” ($r=0,540$; $p<0,05$), mientras que lo hace negativamente con “PIB real per cápita” ($r=-0,494$ ($p<0,05$)). Así se observa, además en el evolutivo:

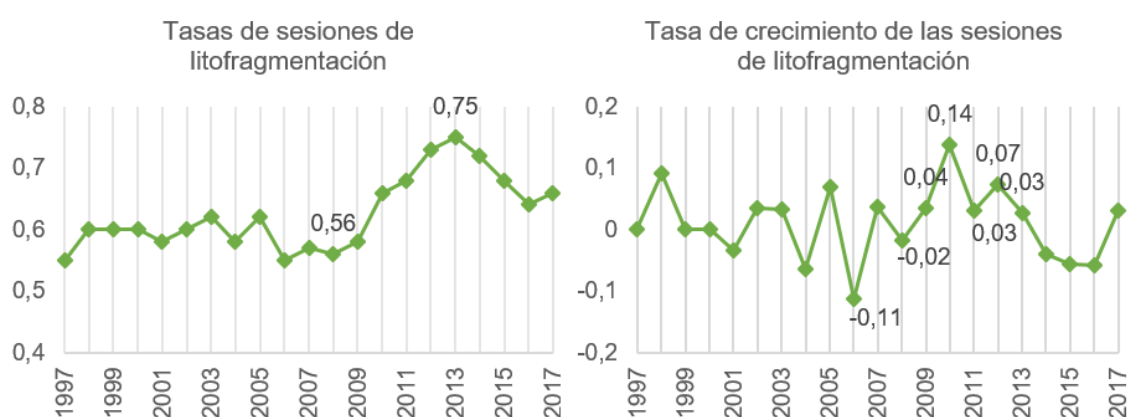


Gráfico 7.19. Evolución de la tasa de sesiones de litofragmentación por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Se observa que pasa de una tasa de 0,56 sesiones de litofragmentación por cada 1.000 habitantes en 2008 a 0,75 sesiones en 2013, lo que supone un aumento del 33,9% entre los años citados. Las tasas de crecimiento reflejan además esto mismo, ya que en los años de la crisis económica (del 2009 al 2013) son positivas y las más altas.

- **Disminuyen las altas hospitalarias de traumatología**

Como hemos comentado en la introducción, en estas estadísticas sobre la atención especializada se ofrecen también datos sobre altas hospitalarias, pero a diferencia de las altas hospitalarias de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE, analizada en la sección anterior, la clasificación que usa el ministerio es

distinta y además ofrece los datos en términos absolutos, no en tasas como en el caso de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Vemos que las altas hospitalarias totales en “traumatología” disminuyen con la crisis, ya que correlaciona positivamente con “PIB real per cápita” ($r= 0,603$; $p<0,01$), y de forma negativa y prácticamente significativa ($p=0,062$) con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r= -0,462$). En el evolutivo se observa esta interrupción, con la crisis económica del 2008, de la tendencia creciente que venía mostrando desde los primeros datos de la serie:

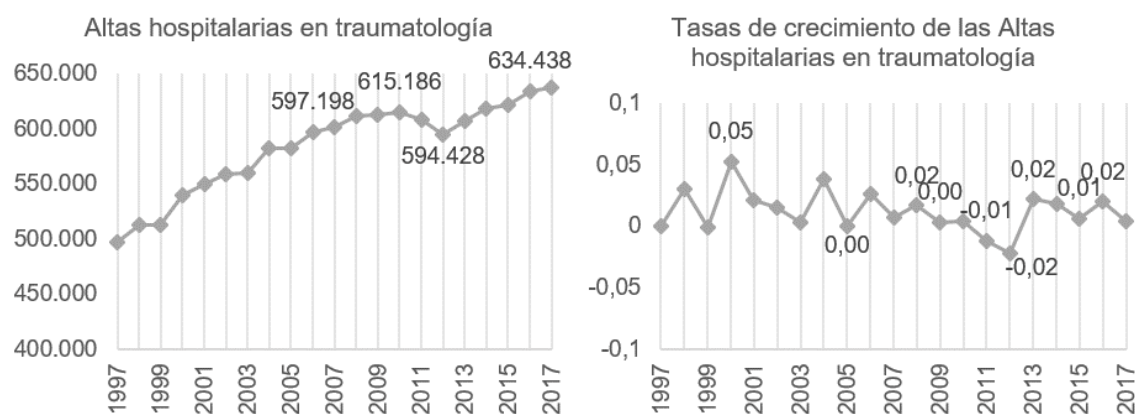


Gráfico 7.20. Evolución de las altas totales en traumatología y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

La actividad en traumatología muestra una tendencia creciente hasta 2008, fecha a partir de la cual ralentiza de forma significativa su crecimiento, para dar lugar a un decrecimiento entre 2010 y 2012. Entre estas fechas las altas en traumatología disminuyen un 3,4%, pasando de 615.186 altas a 594.428. A partir de este año vuelve a su tendencia creciente que venía presentando desde 1997, fecha a partir de la cual se tienen datos. La similitud entre el indicador de las altas hospitalarias que ofrece el ministerio y el de la Encuesta de morbilidad hospitalaria del INE permite la comparación y, en cierto modo, nos da una idea de la validez de criterio (Carmines y Zeller, 1979). En las altas hospitalarias de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria vimos que, con el aumento de la crisis, se redujeron las “lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias

de causas externas”. Este indicador que guarda cierta relación con el que estamos examinando: la actividad en el área de traumatología, medido en el número total de altas hospitalarias. Ambas muestran un comportamiento similar: han disminuido en época de crisis, y han reanudado su crecimiento a medida que la crisis iba cesando.

- **Disminuyen las altas hospitalarias relacionadas con el embarazo, parto y puerperio**

Ya habíamos comprobado en la sección anterior, cuando estudiamos las tasas de morbilidad proporcionadas por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que las altas hospitalarias por cada 100.000 habitantes asociadas a las “complicaciones del embarazo, parto y puerperio” y “ciertas enfermedades con origen en el período perinatal” disminuían con la crisis económica. Lo mismo ocurre con los indicadores análogos que proporciona el ministerio.

Las altas totales en “obstetricia y ginecología” correlacionan positivamente con “PIB real per cápita” ($r = 0,710$; $p < 0,01$), y negativamente con “tasa de desempleo” ($r = -0,653$; $p < 0,01$) y “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,632$; $p < 0,01$). De forma similar, las altas totales en “neonatología” correlaciona negativamente con “tasa de desempleo” ($r = -0,473$; $p < 0,05$), y positivamente con “PIB real per cápita” ($r = 0,545$; $p < 0,05$). Las altas clasificadas como “resto de pediatría” lo hacen también positivamente con “PIB real per cápita” ($r = 0,477$; $p < 0,05$), y negativamente, rozando la significatividad estadística, con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,479$; $p = 0,052$). Por último, las altas totales en el área de “intensivos neonatales, número total de altas hospitalarias” correlaciona negativamente con “tasa de desempleo” ($r = -0,479$; $p < 0,05$). Los evolutivos reflejan claramente la disminución de estas altas hospitalarias comentadas con los primeros años de la crisis del 2008:

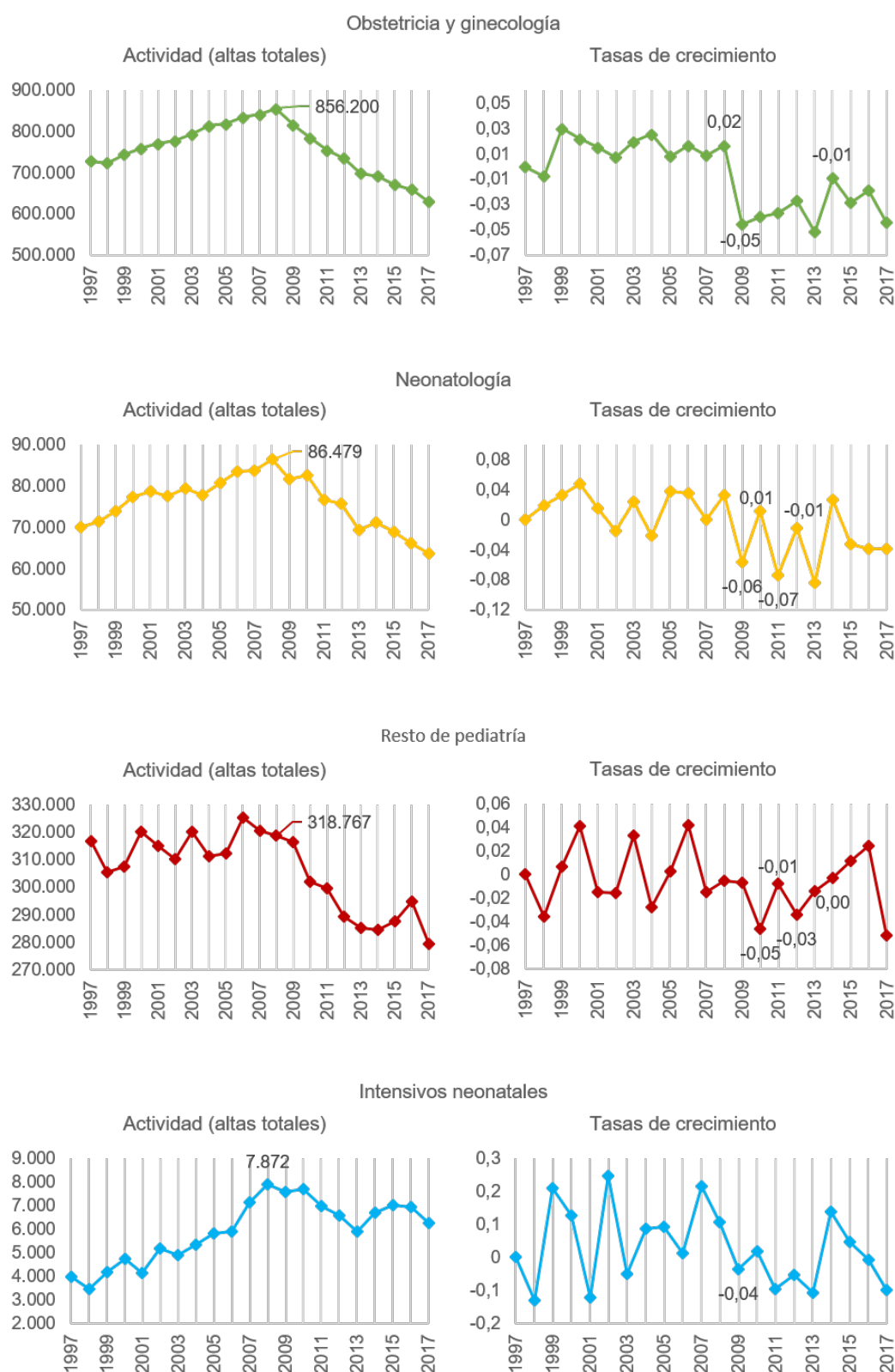


Gráfico 7.21. Evolución de la actividad en áreas relacionadas con la ginecología y la natalidad. Número total de altas en esa área asistencial (gráficos de la izquierda) y tasas de crecimiento (derecha). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Ya habíamos comentado en la sección anterior que durante las crisis disminuía la natalidad. Por lo que era esperable que también disminuyeran las altas hospitalarias por partos y sus complicaciones asociadas. En esta ocasión ocurre lo mismo, y la actividad en torno a obstetricia y ginecología, neonatología, resto de actividad en pediatría, y en cuidados intensivos neonatales, es esperable que disminuya a la vez que lo hace la natalidad.

Aumentan la asistencia a los servicios de urgencias

Otro de los datos que ofrece el ministerio es el relacionado con la actividad en urgencias. En este caso se observa algo muy relevante y no tanto en relación con la crisis económica, sino con la aplicación del RD-Ley 16/2012, y es que se incrementa la actividad en urgencias a partir del año 2012:

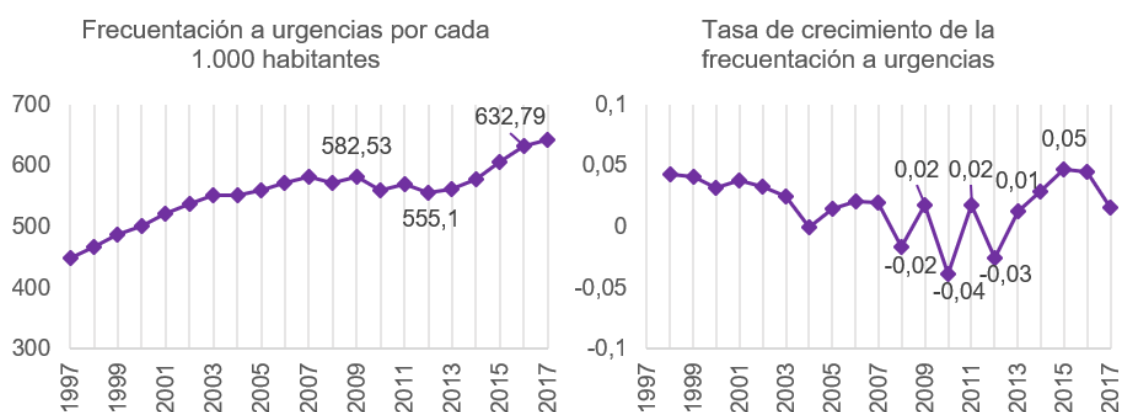


Gráfico 7.22. Evolución de la tasa de frecuentación a urgencias por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

Recordemos que este decreto excluyó a un sector de la sociedad de la asistencia primaria y especializada (principalmente inmigrantes en situación irregular). En las entrevistas al personal sanitario y en la encuesta a los médicos de la Comunidad de Madrid se comentó que, por este motivo, se incrementaron las consultas en urgencias. No se puede comprobar si este incremento observado es debido a la aprobación del decreto mencionado, o simplemente a que se

reanuda la tendencia creciente que ya venía mostrando desde el inicio de la serie en 1997, y que quedó interrumpida con los años de la crisis. En cualquier caso, el hecho de que se reanude la tendencia creciente justo en el año 2012, cuando se aprobó el real decreto mencionando, llama cuanto menos la atención.

Las correlaciones indican que la “frecuentación a urgencias, por cada 1.000 habitantes” correlaciona negativamente con “tasa de desempleo” ($r = -0,493$; $p < 0,05$) y con “gasto público como porcentaje del PIB” ($r = -0,489$; $p < 0,05$), y lo hace positivamente con “PIB real per cápita” ($r = 0,507$; $p < 0,05$). Es decir, que hubo una disminución en la frecuentación de las urgencias con la última crisis económica. Efectivamente, en el gráfico observado se puede apreciar que la asistencia a urgencias disminuyó en los primeros años de la crisis. De 582,5 asistencias por cada 1.000 habitantes en 2009 se pasa a 555,1 asistencias en 2012. Pero a partir de esta fecha, y coincidiendo con la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012, se incrementa la asistencia en urgencias de forma considerable.

7.3.3. Atención primaria

Tal y como se ha comentado al inicio de esta sección, la morbilidad puede analizarse desde múltiples indicadores. Hasta ahora hemos analizado la morbilidad desde la atención especializada. Pero resulta clave analizar también los problemas de salud que se atienden en la primera fase de la asistencia sanitaria, la atención primaria. Muchos de los problemas y condiciones de salud que gestiona la atención primaria no pasan a la especializada, de modo que resulta clave conocer la actividad en torno a la atención primaria.

No obstante, a pesar de la gran importancia de esta fuente de información, no hay, a la fecha de realización de la presente tesis doctoral, una base de datos pública que aporte apenas datos. Tal y como indica el propio portal estadístico del MSCBS, el proyecto de construir una base de datos pública sobre la atención primaria ha sido consensuado entre todas las comunidades autónomas y el INGESA (organismo que gestiona la prestación sanitaria pública de Ceuta y Melilla), nutriéndose de los datos que aportan las comunidades autónomas

según una serie de criterios normalizados²⁷. Este proyecto toma el nombre de “Sistema de Información de Atención Primaria” (SIAP), y la información que ofrece es sobre la población asignada a los profesionales de la atención primaria (sexo, edad, nacionalidad, etc.), sobre la disponibilidad de recursos (en número de centros y en número de profesionales) y sobre la actividad asistencial (en consulta ordinaria y en urgencias). Pero, a fecha de hoy, la cantidad de datos es mínima y se ofrecen únicamente desde 2007 (en el mejor de los casos). Por lo que resultan poco útiles para evaluar los efectos de la crisis económica, aunque sí puede examinarse si ha habido algún efecto de la aplicación de RD-Ley 16/2012. En este sentido, hacemos notar que la encuesta de médicos, donde la mayoría de los encuestados son médicos especializados en atención primaria, ha resultado ser especialmente pertinente como fuente de datos sobre los problemas de salud atendidos en este nivel asistencial. En cualquier caso, también vamos a comentar los datos que sí están disponibles.

Los datos se centran principalmente sobre los recursos disponibles (comentados en el capítulo 6). En cuanto a la situación de salud de la población, sólo ofrece un dato que nos puede servir: la actividad en consulta primaria. Este dato se desagrega en consulta ordinaria²⁸ y consulta en urgencias²⁹.

²⁷

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397>

²⁸ El mismo portal estadístico define así los servicios ordinarios: actividad asistencial llevada a cabo por los equipos de atención primaria, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, durante el horario ordinario de funcionamiento de los centros.

²⁹ El mismo portal estadístico define así los servicios de urgencias: actividad asistencial efectuada para satisfacer las demandas de atención urgente de la población, no coincidente en horario con el del trabajo habitual de los profesionales, efectuada tanto en el centro sanitario como fuera del mismo (domicilio generalmente)

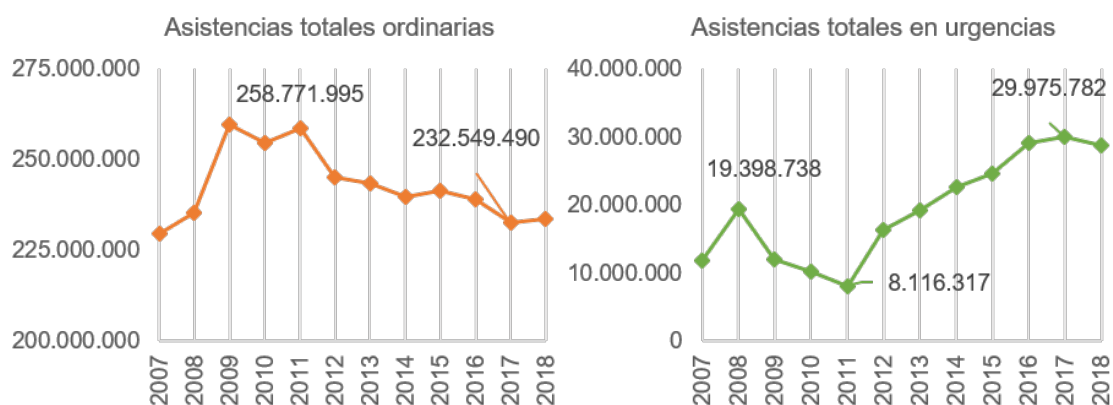


Gráfico 7.23. Evolución de la actividad en la atención primaria, ordinaria y de urgencias. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

En cuanto a la atención primaria, se observa cierto aumento en los primeros años de la crisis económica, pero destaca que tras llegar a un máximo de actividad en 2011, con 258.771.995 consultas atendidas ese año, desciende hasta 2017 con 232.549.490 consultas atendidas ese año, un 10,1% menos respecto a 2011.

En consonancia con esto, y el dato que llama más la atención, es la actividad en urgencias. Ocurre lo contrario a la actividad ordinaria; del año 2011 al 2017 la actividad en urgencias aumenta de forma considerable, un 269,3%, pasando de 8.116.317 consultas totales atendidas por este medio, en 2011, a 29.975.782 consultas en 2017. Esta disminución en la actividad ordinaria, y el exagerado aumento en urgencias, coincide con el período en el que estuvo en vigor el RD-Ley 16/2012. Además, se observa que en 2018, año en el que entra en vigor el nuevo decreto, revoca la limitación en el acceso a la sanidad primaria y especializada, disminuye de nuevo la atención en urgencias y aumenta la actividad en la atención ordinaria. Además de la vigencia del RD-Ley 16/2012, que creemos que es determinante en la actividad de urgencias que se aprecia en los gráficos, hay que tener en cuenta otro factor que también puede haber influido, en alguna medida, en el aumento de la actividad en urgencias. Desde principios de 2011 empiezan a aumentar de forma considerable los que creen que la situación de las listas de espera ha empeorado en los últimos 5 años, tal y como se observa en los barómetros sanitarios del CIS, y como se comenta en el capítulo 8. Esto podría influir en que algunos sectores desistieran de pedir cita

para acudir directamente a urgencias, y así evitar el obstáculo de tener que asumir “largas” listas de espera.

7.3.4. Uso de fármacos

Otra perspectiva para tener en cuenta al abordar la morbilidad, como hemos comentado en la introducción del capítulo, es la del consumo de medicamentos. No podemos saber si la gente consume más o menos, pero sí si se compran más o menos medicamentos. En este sentido, el MSCBS nos ofrece dos datos interesantes: el número total de recetas facturadas y el gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud. Esto lo ofrece tanto para los fondos públicos de las Comunidades Autónomas y el INGESA (dato desde 2003), como para el gasto destinado a las mutualidades (dato desde 2009). También en este caso los datos disponibles son escasos como para permitir establecer correlaciones con las variables económicas, pero igualmente se puede explorar su serie temporal:

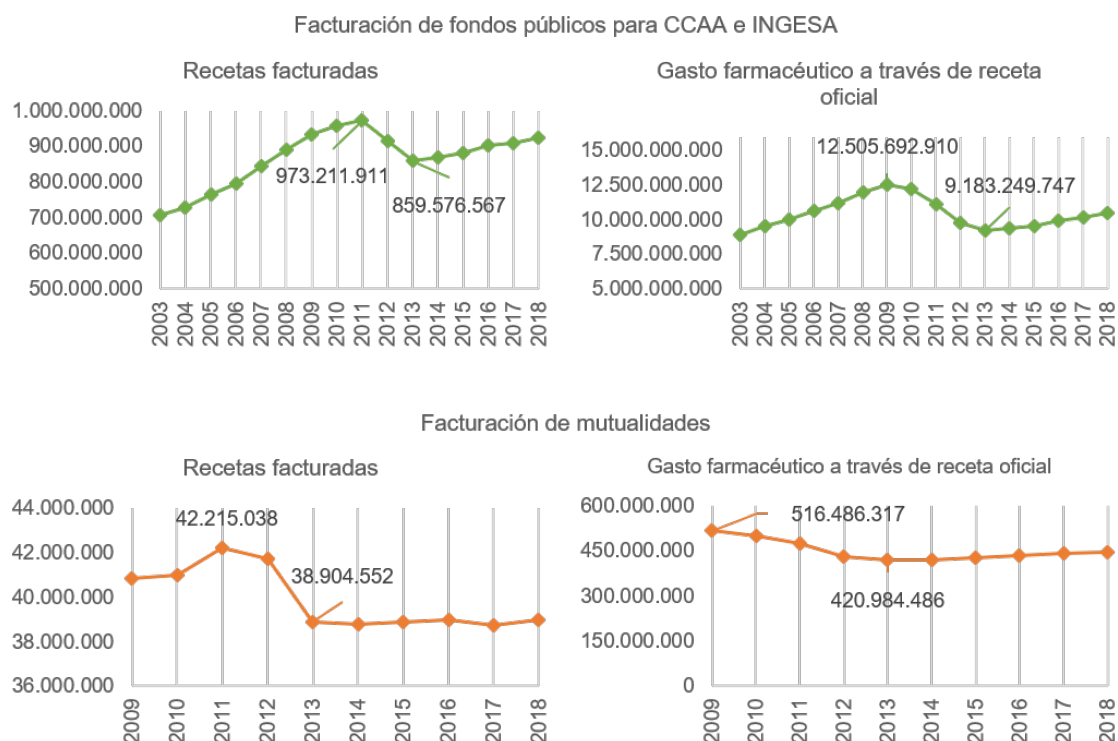


Gráfico 7.24. Evolución de la facturación de recetas médicas. Datos de fondos públicos para las CCUU e INGESA, y por otro lado las mutualidades. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.

En ambos casos, tanto en la facturación de fondos públicos de las Comunidades Autónomas e INGESA, como en la facturación de mutualidades, se observa una disminución del gasto farmacéutico de medicamentos con receta oficial del Sistema Nacional de Salud desde 2009 a 2013. La facturación de fondos públicos para las CCAA y el INGESA disminuyeron el gasto farmacéutico un 26,6% entre los años citados. La disminución en la facturación de las mutualidades fue algo menor, pero igualmente relevante: el 18,5%. Por otro lado, el número de recetas facturadas disminuye de 2011 a 2013, también para los fondos públicos para las CCAA y el INGESA (un 11,7%), y para las mutualidades (7,8%).

En las entrevistas al personal sanitario y en la encuesta al colectivo médico de la Comunidad de Madrid se mencionó, en reiteradas ocasiones, la existencia de personas que, por falta de recursos económicos, disminuían el consumo de medicamentos o directamente los dejaban de tomar. La mayoría de los médicos comentó que este colectivo había aumentado con la crisis económica y con la aplicación del RD-Ley 16/2012. Es posible que esto se refleje en los datos, pero la cifra tan elevada en la reducción del gasto y del número de recetas sugiere la existencia de otro motivo en la reducción.

Por otro lado, también se comentó en las entrevistas y en la encuesta a los médicos que con la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012 hubo una mejor gestión farmacéutica en el recetado por principio activo (y no por marca u otro criterio) y en la eliminación de la financiación pública los medicamentos de menor importancia. Los médicos generalmente asociaban esta mejor gestión al RD-Ley 16/2012. Es cierto que el decreto incluye estas medidas mencionadas de cara a mejorar la eficiencia de la gestión farmacéutica, pero si esta disminución en el número de recetas y en el gasto de medicamentos se deben a una mejor gestión no puede ser debido al decreto porque este se aprobó con posterioridad, en 2012. Es posible que algunas de las medidas que se definieron en el decreto por ley se empezaran aplicar en la práctica unos años antes.

7.3.5. Salud autopercebida

Por último, para completar nuestra visión sobre el estado de la morbilidad de la población española, vamos a comentar la salud autodeclarada. Para ello usaremos los indicadores de Eurostat, que ha sido la única fuente estadística que ha mostrado tener datos anuales desde antes de la crisis, concretamente desde 2004³⁰. También ocurre aquí que disponemos de muy pocos datos para calcular correlaciones significativas con variables económicas, pero igualmente se puede explorar su serie temporal.

Lo que muestran los datos es que la población tiende a declarar mayoritariamente un buen estado de salud, y esta concepción apenas varía con la crisis económica. Los cambios se dan principalmente entre los que declaran que su salud es “muy buena” y “buena”:

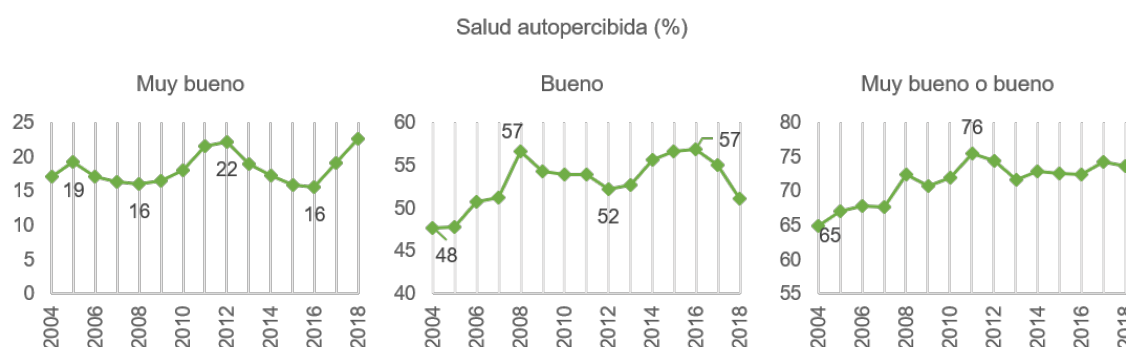


Gráfico 7.25. Evolución de la autopercepción "buena" o "muy buena" del estado de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat

Concretamente se observa que los que declaran tener una salud “muy buena” disminuyen 3 puntos entre 2005 y 2008 (del 19% al 16%), luego aumentan 6 puntos hasta el año 2012 (del 16 al 22%), vuelven a disminuir 6 puntos hasta el 2016 (del 22% al 16%), para finalmente, cuando la crisis ya ha pasado, mostrar de nuevo un incremento. En cambio, los que afirman que su salud es “buena” muestran justo el comportamiento contrario. Aumentan 9 puntos del 2004 al 2008 (del 48% al 57%), posteriormente decrecen 5 puntos hasta 2012 (de 57% a 52%), vuelven a aumentar 5 puntos hasta 2016 (del 52% al 57%), para disminuir

³⁰ Se han revisado las bases de datos de la OMS, INE, CIS, Eurostat, Banco Mundial y OCDE.

finalmente, cuando la crisis ha pasado. Por otro lado, los que declaran tener un estado de salud “muy malo” o “malo” son minoría y su evolución en los años presentan menos variaciones.

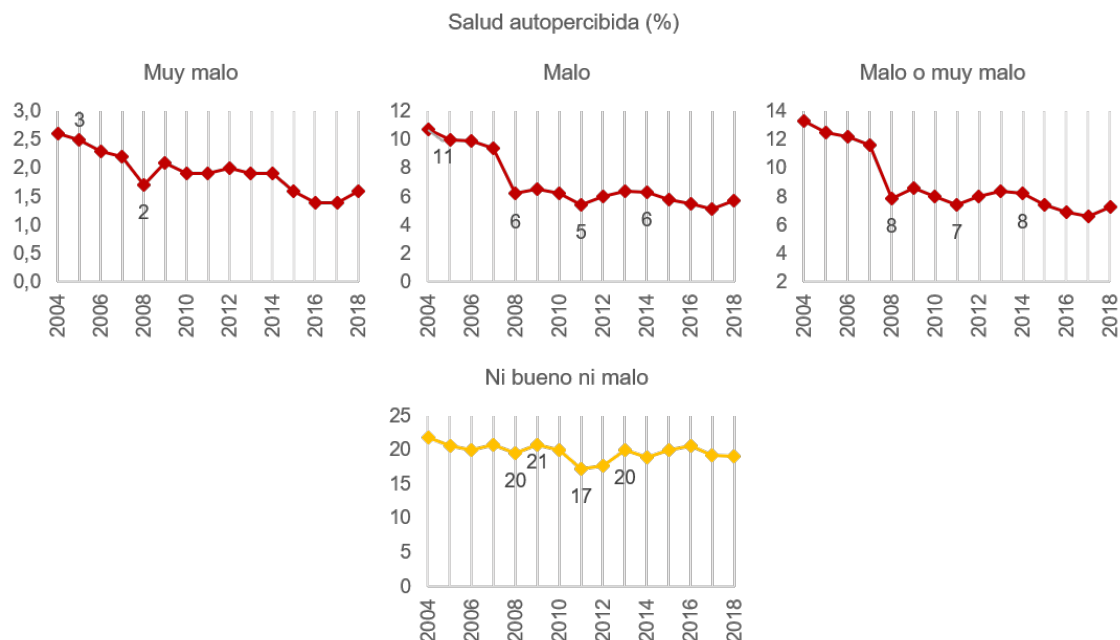


Gráfico 7.26. Evolución de la autopercepción "malo", "muy malo" y "ni bueno ni malo" del estado de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat

Los que declaran tener un estado de salud “muy malo” apenas muestran variaciones en torno a 1 p.p., por lo que se considera una serie estable. Los que valoran su salud como “mala” muestran una tendencia decreciente hasta 2008, fecha a partir de la cual se mantiene relativamente estable con variaciones menores de 2 p.p. Los que declaran tener un estado de salud “ni bueno ni malo” tampoco muestran cambios relevantes en el tiempo.

Esta situación está en consonancia con las declaraciones a la pregunta de si el encuestado tiene alguna enfermedad de larga duración o problema de salud:

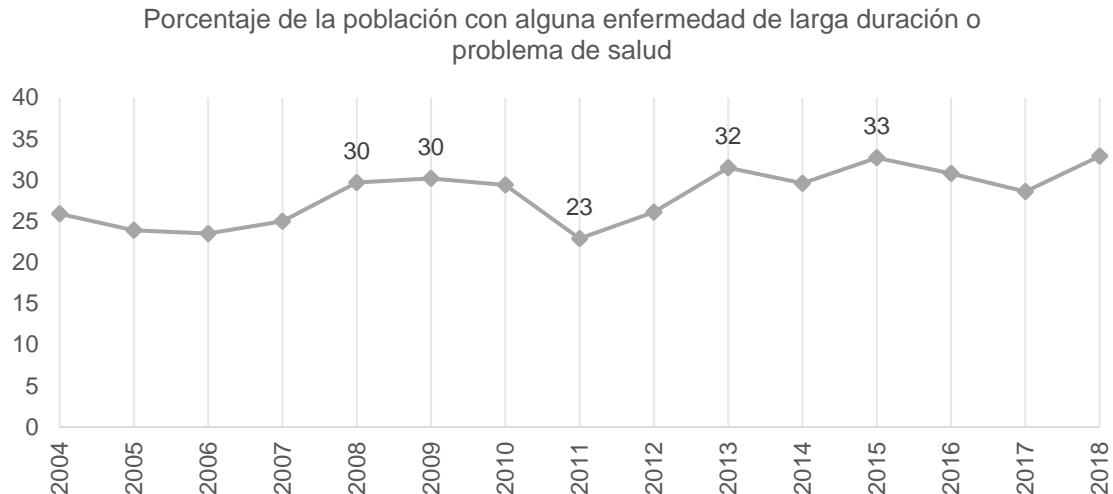


Gráfico 7.27. Evolución de personas que declaran tener alguna enfermedad de larga duración o problema de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.

Del 2009 al 2011 los que declaran tener alguna enfermedad de larga duración o problema de salud disminuyen 7 puntos: del 30% al 23% (mientras que los que declaraban tener un estado de salud “bueno” o “muy bueno” aumentaban en estas fechas). También de 2011 a 2013 los que declaran tener alguna enfermedad de larga duración o problema de salud aumentan 9 puntos, del 23% al 32% (fechas en las cuales los que declaraban tener un estado de salud “bueno” o “muy bueno” disminuían). No obstante, es difícil determinar si con la crisis la salud autopercebida ha empeorado o mejorado.

7.4. Hábitos saludables

Por último, resulta pertinente examinar si ha habido algún cambio en los hábitos saludables de la población. Los efectos de la crisis económica del 2008 no tienen por qué manifestarse únicamente a través de la esperanza de vida, la mortalidad o morbilidad. Pueden considerarse también consecuencias negativas en la salud, el cambio hacia peores hábitos de vida. Los clásicos determinantes de la salud que suelen aparecer en las principales fuentes de datos (como la OMS, INE, Eurostat, etc.) son la obesidad, los hábitos alimenticios, el ejercicio físico y el consumo de tabaco y alcohol. Estos son los que analizaremos, salvo el

ejercicio físico, para el cual, tras revisar las fuentes estadísticas del INE, CIS, OMS, Eurostat, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Ministerio de Cultura y Deporte, no se encontraron datos suficientes para construir una serie temporal que permitiera analizar posibles cambios en sus hábitos.

7.4.1. Hábitos alimenticios y consumo de alcohol

Los datos más extensos y completos sobre los hábitos alimenticios los ofrece el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA en adelante) a través de su encuesta panel de consumo en hogares. Esta encuesta recoge datos mensuales sobre las compras que realizan unos 8.000 hogares de España. Los individuos incluidos en la muestra deben apuntar diariamente los productos de alimentación que compran, la cantidad, el precio de cada unidad, el gasto total efectuado y el tipo de establecimiento donde han efectuado la operación. Se reporta finalmente el dato agregado mensual. De estos datos se derivan otras variables de interés como son la penetración (porcentaje de hogares compradores), la cantidad de producto comprado per cápita, el gasto per cápita, la penetración del producto sobre total alimentación (volumen), y la penetración del producto sobre total alimentación (valor). Estos datos se ofrecen desde 2004, por lo que resultan óptimos para nuestro estudio.

De todos los alimentos que se ofrecen en la encuesta, se ha analizado la evolución del consumo de los principales: huevos, carne total, carne fresca, pescado total, pescado fresco, bollería/pastelería/galletas/cereales, arroz, pastas, fruta fresca, patatas, hortalizas frescas, vinos y cerveza. Algunos alimentos han sufrido alguna modificación en la frecuencia de su consumo.

Destaca en este sentido el consumo de carne y pescado:

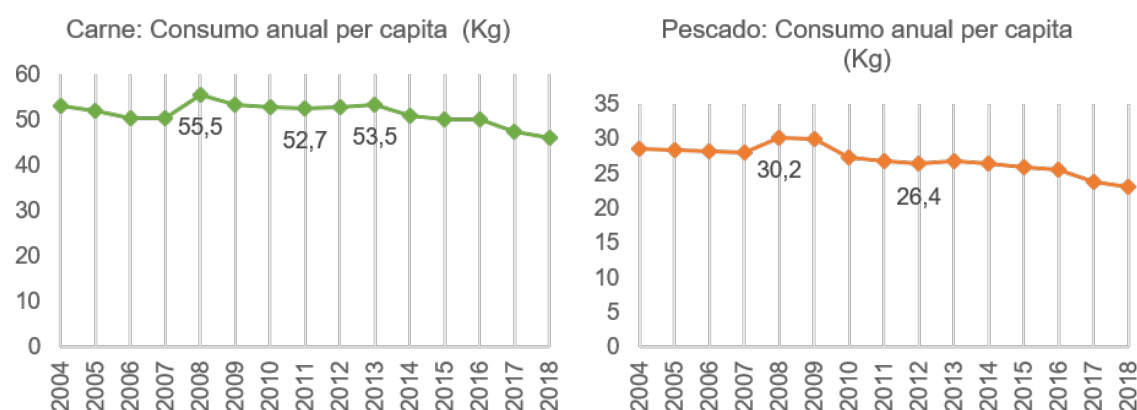


Gráfico 7.28. Evolución del consumo de carne y pescado (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA

La carne muestra un ligero descenso de su consumo de 2008 a 2011, pasando de 55,5 kg al año per cápita a 52,7 kg; es decir, una reducción del 5,1% (la reducción es de un 6,7%, cuando se trata de carne fresca). Esto equivale aproximadamente a consumir en torno a una ración y media menos³¹ al mes (233 g menos de carne en total, 231,6 g menos si la carne es fresca). Su consumo ya venía mostrando una tendencia decreciente, pero justo antes de comenzar la crisis mostró un aumento que se vio interrumpido condicionando con el inicio de la crisis. Desde entonces, y una vez pasada la crisis económica, la tendencia sigue decreciendo.

Con el pescado se observa algo similar. Entre 2008 y 2010 se da un descenso algo más pronunciado en el consumo, y sigue decreciendo de forma algo menos acentuada hasta 2012. En total, desde 2008 hasta 2012 el consumo se redujo un 12,5% (14,7% si el pescado es fresco), pasando de consumir 30,2 kg al año per cápita, a 26,4 kg. O, lo que es lo mismo, en torno a dos raciones menos al mes³² (316,7 g de pescado en total, 168,4 g si el pescado es fresco).

La fruta y verdura fresca muestran también patrones análogos:

³¹ Entre 2008 y 2011 se consumieron 2,8 kg menos al año per cápita, que equivale a 233 g al mes. Ración estimada de 150 g.

³² Entre 2008 y 2012 se consumieron 3,8 kg menos al año per cápita, lo que equivale a 316,7 g al mes. Ración estimada de 150 g.

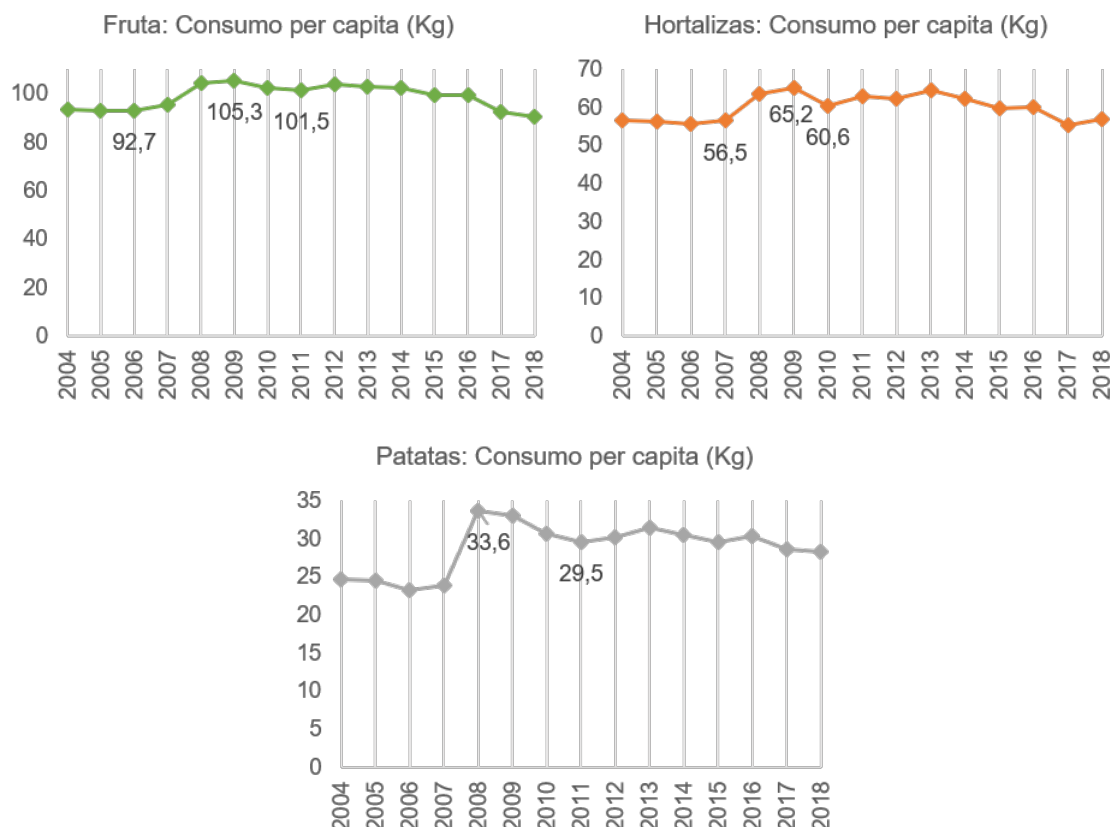


Gráfico 7.29. Evolución del consumo de frutas, hortalizas y patatas (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA

La fruta, tras un fuerte aumento de 2006 a 2009, en el que se consumió un 13,5% más (de 92,7 kg a 105,3 kg al año per cápita) que equivale a 264³³ g más de fruta a la semana, mostró un declive con los años de la crisis. De 2009 a 2011 su consumo se redujo un 3,6%, pasando de consumir 105,3 kg per cápita al año a 101,5 kg per cápita al año, aproximadamente una pequeña pieza menos de fruta a la semana (79,1 g³⁴).

Las hortalizas (excluyendo patatas y legumbres) presentan un gran aumento del 15,4% de 2007 a 2009, pasando de consumir 56,5 kg al año per cápita, a 65,2 kg. Pero, una vez se inicia la crisis económica, su consumo desciende un 7,1%

³³ Entre 2006 y 2009 se consumieron 12,5 kg más de fruta al año per cápita, que equivale a 261 g a la semana.

³⁴ Entre 2009 y 2011 se consumen 3,8 kg menos de fruta, que equivale a 79,1 g a la semana.

en un año, del 2009 al 2010, pasando a un consumo de 60,6 kg al año per cápita, en torno a 95,8 g³⁵ menos a la semana.

Las patatas, a pesar de ser un alimento económico, sufren la misma suerte que el resto de las hortalizas. Muestran un gran aumento de 2007 a 2008, pero una vez se inicia la crisis, hasta 2011, su consumo se reduce en un 12,3%, pasando de 33,6 kg per cápita al año, a 29,5 kg. O, lo que es lo mismo, 85,4 g³⁶ menos a la semana.

Por otro lado, algunos alimentos han aumentado, aunque de forma muy ligera.

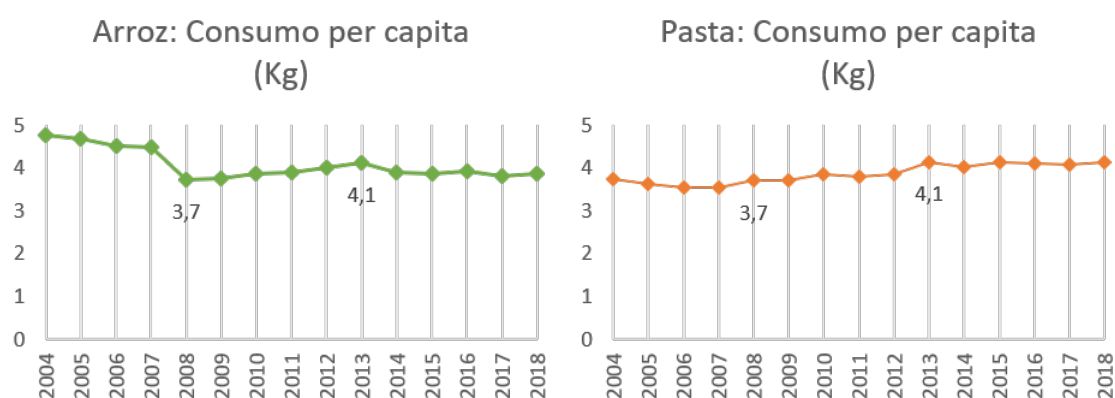


Gráfico 7.30. Evolución del consumo de arroz y pasta (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.

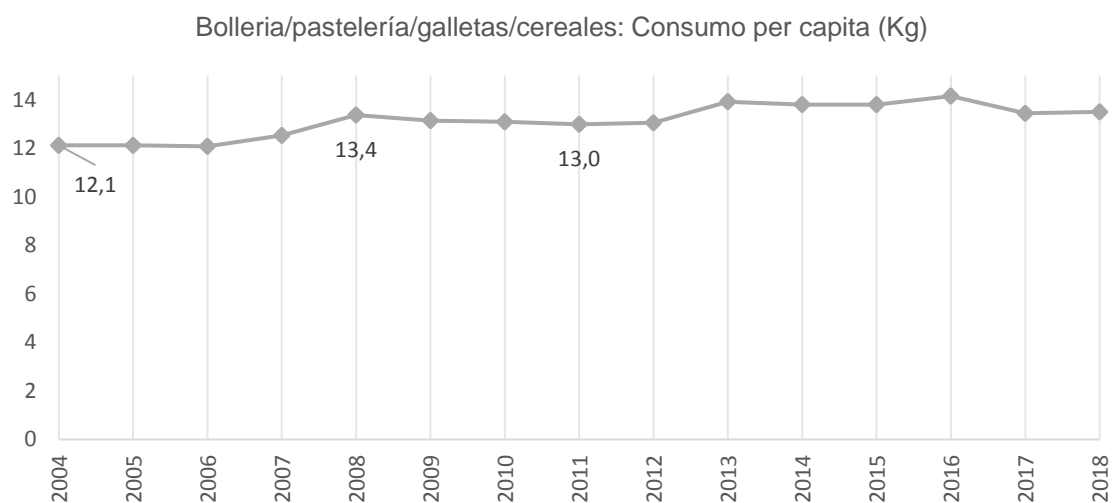
Este es el caso del arroz y la pasta, los cuales presentan un comportamiento muy similar entre ellos. En ambos su consumo ha aumentado un 10,8% de 2008 a 2013, pasando de consumir 3,7 kg al año per cápita a 4,1 kg, pero es realmente poco teniendo en cuenta que se habla de la cantidad anual.

El caso de la “Bollería/pastelería/galletas/cereales” y las bebidas alcohólicas, especialmente vino y la cerveza, apenas muestran cambios con la crisis económica.

³⁵ Entre 2009 y 2010 se consumen 4,6 kg menos de hortalizas, que equivale a 95,8 g a la semana.

³⁶ Entre 2008 y 2011 se consumen 4,1 kg menos de patatas, que equivalen a 84,4 g a la semana.

La bollería venía marcando un aumento en su consumo que se vio interrumpido con el inicio de la crisis.



*Gráfico 7.31. Evolución del consumo de bollería/pastelería/galletas/cereales (kg per cápita al año).
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.*

Si de 2004 a 2008 su consumo aumentó un 10,3% (de 12,1 kg al año per cápita a 13,4 kg al año per cápita), de 2008 a 2011 esta tendencia no sólo se vio cortada, sino que su consumo se redujo un 3% (de 13,4 kg per cápita al año a 13 kg). Del 2011 al 2016 se reanuda la tendencia creciente, pero a un ritmo algo más pausado en comparación con los años anteriores de la crisis.

Por su parte el consumo de vino y cerveza muestran comportamientos algo distintos:

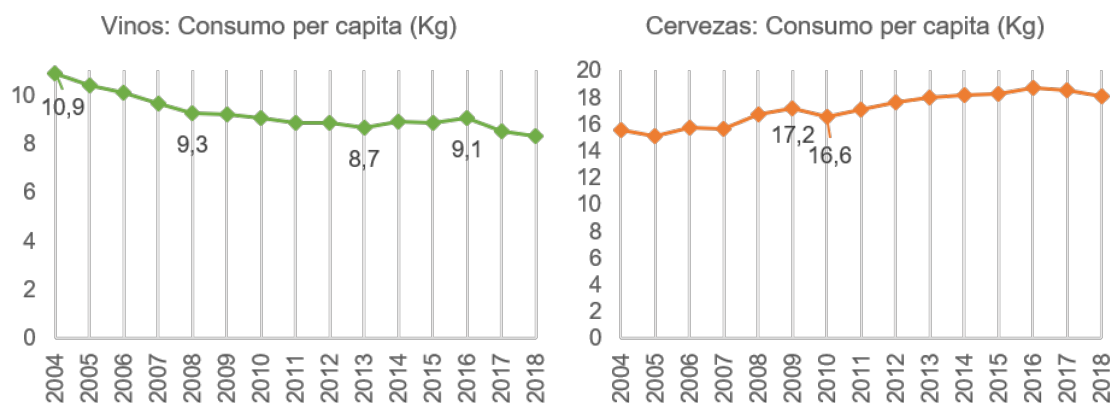


Gráfico 7.32. Evolución del consumo de vino y cerveza (l per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.

El consumo de vino viene mostrando una tendencia decreciente, a un ritmo medio de decrecimiento anual del 4%, desde el primer registro de los datos en 2004 hasta 2008. A partir de 2008, fecha en la que se inicia la crisis económica, este ritmo de decrecimiento se ralentiza. Incluso, de 2013 a 2016 se aprecia un ligero repunte en su consumo del 4,6%, pero volviendo a su curso decreciente tras el 2016. La cerveza presenta un consumo creciente, que se vio interrumpido entre los años de la crisis 2009 y 2010, reduciéndose el consumo un 3,5%, pasando de beber 17,2 l al año per cápita a 16,6 l. Pero en cualquier caso, como se observa, estos cambios son menores.

No obstante, cabe recordar que estamos hablando de valores medios, y que por tanto habrá sectores de la población que no habrán modificado su dieta, mientras otros la habrán modificado en una magnitud mayor de la que nos indica la media. Probablemente sean los sectores más desfavorecidos económicamente los que se hayan visto más negativamente perjudicados en cuanto a la alimentación.

El INE, en su Encuesta de Condiciones de Vida (ECV en adelante), tiene un módulo permanente sobre “Carencia material³⁷”, en el cual se incluye una pregunta sobre si “puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días”. Además ofrece los resultados desagregados en función

³⁷ Fecha de consulta 12/08/2019:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=res ultados&secc=1254736194793&idp=1254735976608

del nivel de renta, nivel de estudios, tipo de hogar, situación laboral y nacionalidad del encuestado.

Lo que se observa es que los sectores con más dificultades para consumir carne, pollo o pescado, al menos cada dos días, son los que se encuentran en el primer decil de renta, los hogares formados por un adulto con 1 o más niños dependientes, otro tipo de hogares con niños dependientes, los sectores con menor nivel educativo, los que se encuentran laboralmente en situación de parado, y los extranjeros procedentes de países externos a la Unión Europea.

En función de la renta, la evolución del porcentaje de hogares que no puede permitirse consumir carne, pollo o pescado, al menos cada dos días, ha sido la siguiente:

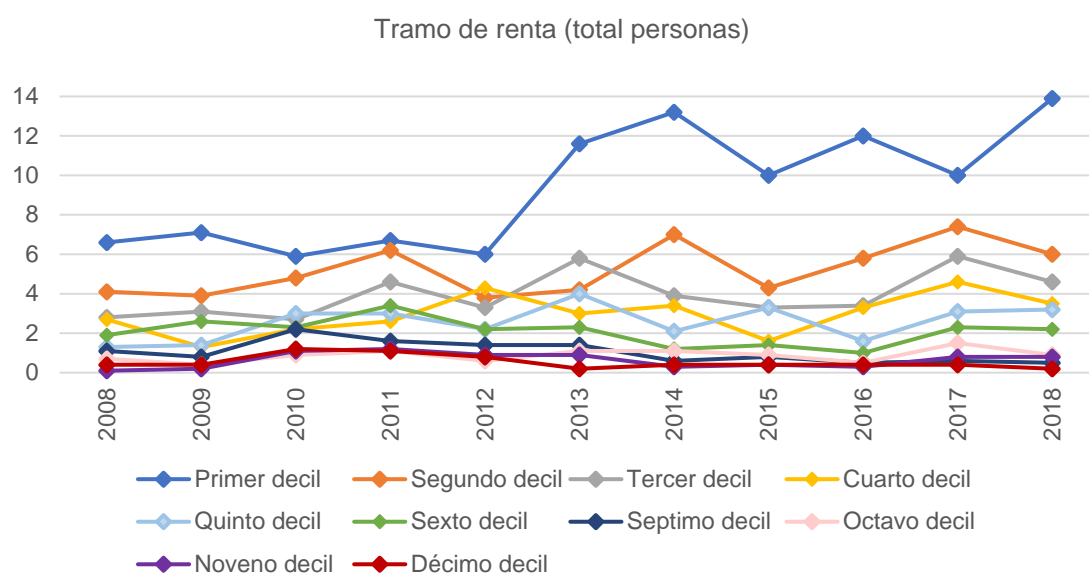


Gráfico 7.33. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Se observa que los que se encuentran en el primer decil de renta pasaron de 2012 a 2014 de representar el 6% al 13,2%; es decir, un aumento considerable del 120%. Destaca que, hasta el último dato disponible en 2018, no han vuelto a situarse en valores inferiores al 10% tras la crisis económica.

En cuanto al tipo de familia, se observa que son varios tipos los que no pueden permitirse consumir carne, pollo o pescado, al menos cada dos días, y que aumentan con la crisis económica:

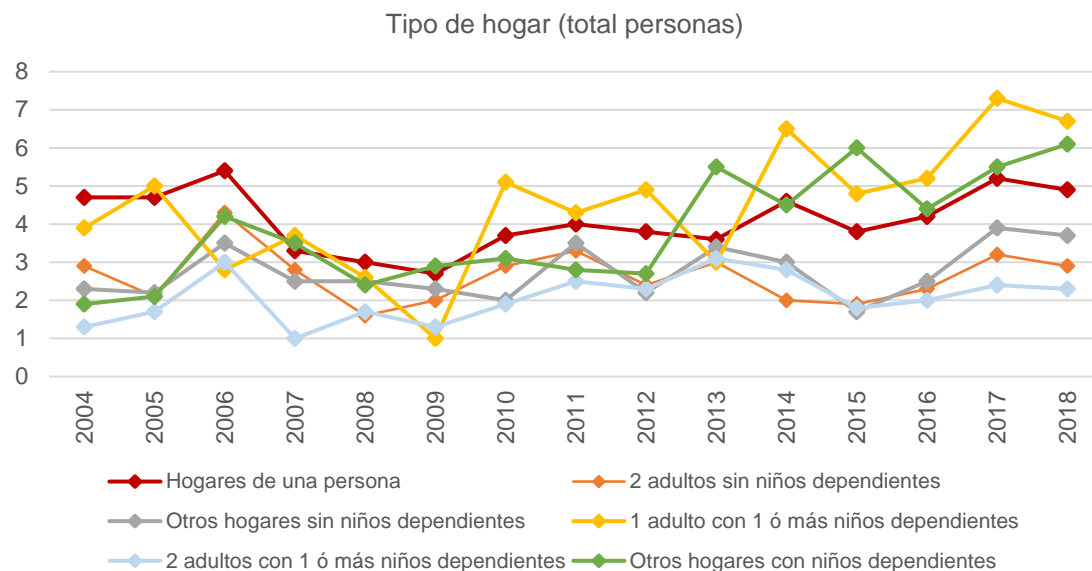


Gráfico 7.34. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según tipo de hogar. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Los hogares afectados con un adulto y uno o más niños dependientes no han aumentado de forma especialmente drástica, pero sí se aprecia un aumento de 4,1 puntos entre 2009 (1%) y 2010 (5,1%). Además se mantuvieron en tendencia creciente, llegando a ser el 6,5% en 2014 o el 7,3% en 2017, a pesar de la recuperación económica del país. Las personas clasificadas en “otros hogares con niños dependientes” que no pueden consumir una ración de carne o pescado, al menos cada dos días, también han registrado un aumento, destacando el aumento de 2,8 puntos en el año 2013, donde pasaron de ser el 2,7% (en 2012) al 5,5%. También en este caso se mantiene la tendencia al alza, hasta el último dato disponible en 2018. Por último, destacar igualmente los hogares de una persona, las cuales han ido teniendo desde 2009 (valor más bajo) un aumento progresivo hasta el último dato del 2018.

Según el nivel educativo, se observa que cuanto menor es el nivel, mayor porcentaje hay de personas que no pueden consumir una ración de carne o pescado, al menos cada dos días:

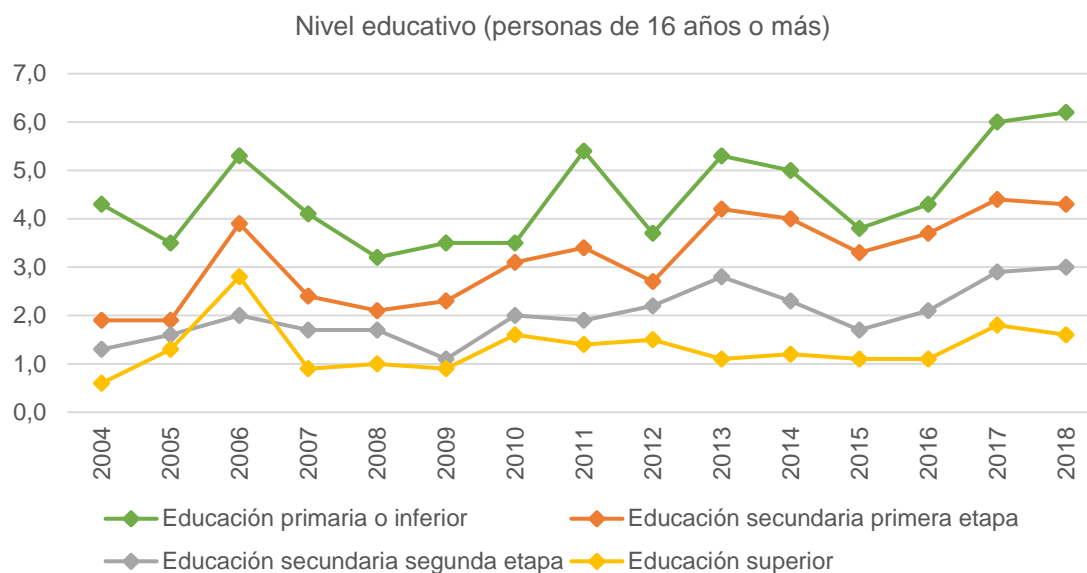


Gráfico 7.35. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según nivel educativo. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

Los porcentajes apenas varían con la crisis económica. Pero se observa que el tramo con nivel educativo inferior presenta su valor más bajo en 2008, siendo el 3,2% de personas las que no pueden consumir esta ración de carne o pescado cada dos días mínimo. El resto de los valores de años posteriores van aumentando, llegando al dato más alto de 6,2% en 2018 (último dato disponible).

Los que se encuentran en situación de parados muestran una tendencia similar a las descrita en las otras categorías sociales:

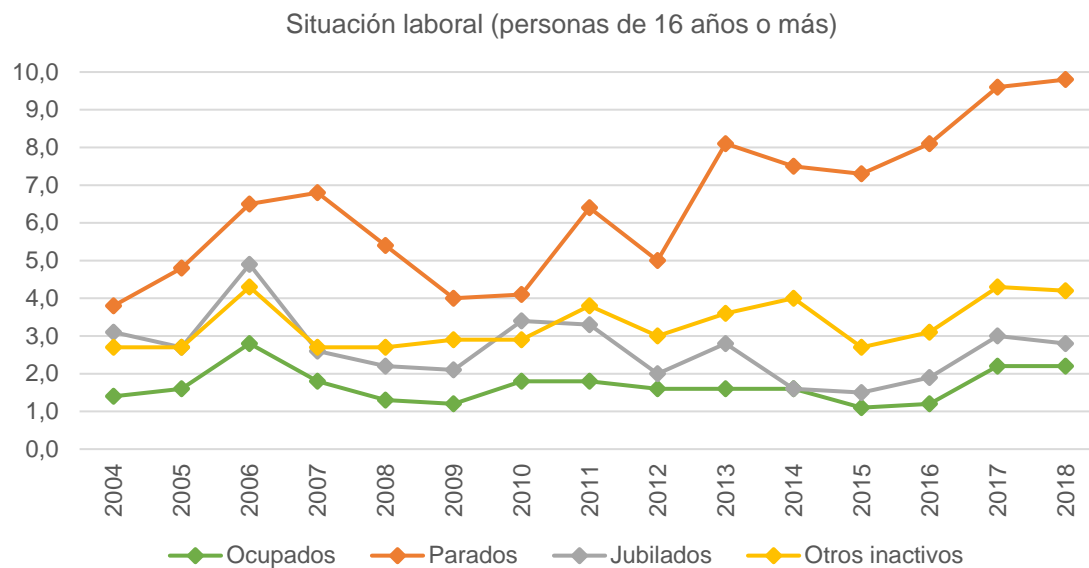


Gráfico 7.36. Porcentaje (sobre la población mayor o igual a 16 años) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según su situación laboral. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

A partir de 2009 comienza una tendencia creciente no revertida hasta el último dato de 2018. En 2009 representaban el 4% de las personas de 16 años o más (el segundo dato más bajo desde 2004, que eran el 3,8%), mientras que en 2018 el aumento desde 2009 había sido del 145%, llegando al 9,8% de las personas de 16 años o más.

La variable nacionalidad nos muestra que las personas con origen externo a la Unión Europea son los más proclives a no poder consumir una ración de carne o pescado, al menos cada dos días:

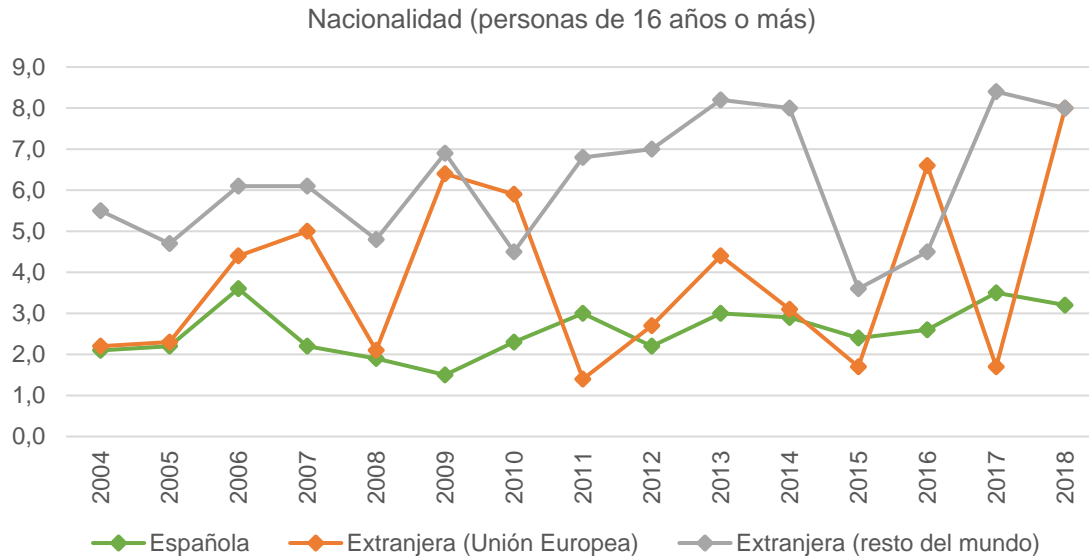


Gráfico 7.37. Porcentaje (sobre la población mayor o igual a 16 años) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según su nacionalidad. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.

No obstante, su tendencia en el tiempo es algo más irregular y complicada en comparación a los demás grupos estudiados. Destaca una tendencia creciente desde el primer dato registrado de la serie, en 2004, interrumpida en 2015 por una disminución de 4,4 puntos (pasando del 8% al 3,6%). El siguiente año se reanuda la tendencia creciente que venía siguiendo, llegando a representar el 8,4% de la población mayor o igual a 16 años de España.

7.4.2. Índice de Masa Corporal (IMC)

Muy asociado a los hábitos alimenticios y al ejercicio físico encontramos la prevalencia de la obesidad. Tal y como advierte la OMS³⁸, una acumulación excesiva de grasa puede ser perjudicial para la salud, motivo por el que suele incluirse el indicador de la obesidad dentro de las categorías “determinantes de la salud”, “estilo de vida” o “hábitos saludables”.

³⁸ Fecha de consulta 12/07/2019: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>

La forma más habitual de medir la obesidad es a través del índice de masa corporal (IMC):

$$\frac{\text{peso (kg)}}{\text{altura}^2 \text{ (m)}}$$

Técnicamente, la obesidad se define como un IMC igual o superior a 30, mientras que si es igual o superior a 25 se considera sobrepeso. En ambos casos, pero especialmente en el primero, se consideran factores de riesgo importantes para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La OMS ofrece una serie temporal con el porcentaje de la prevalencia de la obesidad en la población de 18 años o más, desde 1975 hasta 2016, más que suficiente para analizar posibles efectos de la crisis o del RD-Ley 16/2012:

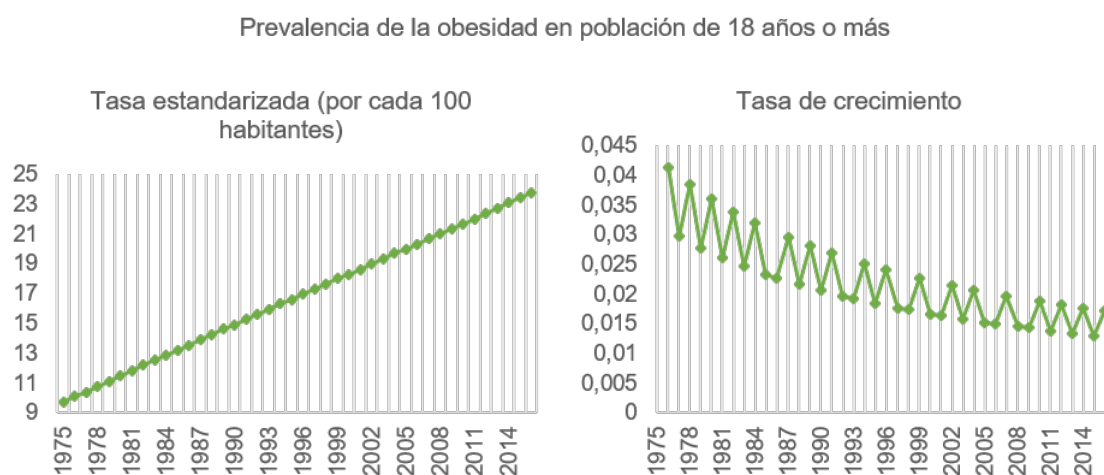


Gráfico 7.38. Prevalencia de la obesidad en la población mayor o igual a 18 años. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.

Pero, en este caso, no es uno de los indicadores que presente cambios coincidentes ni con la crisis económica, ni con la aplicación del real decreto. Lo que se observa es un crecimiento continuado en el tiempo. Pero ni el gráfico ni las correlaciones muestran cambios en la obesidad, ni en época de crisis ni con el decreto.

7.4.3. Consumo de tabaco

Otro de los hábitos determinantes de la salud, que suele incluirse en las principales fuentes de datos, es el consumo de tabaco. Tal y como advierte la OMS, “es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares³⁹”.

A pesar de ser un indicador clave, resulta complicado encontrar una serie temporal con datos anuales sobre su consumo, que incluya registros de antes, durante y después de la crisis. La mayoría de estas fuentes ofrece datos o bien de antes de la crisis (OMS), o después (Eurostat), u ofrece demasiados pocos datos como para reconstruir una serie temporal adecuada que permita estudiar su evolución en el tiempo (INE, CIS).

La fuente de datos escogida para analizar el consumo de tabaco es la que proporciona la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), adscrito a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a su vez órgano dependiente del MSCBS. Esta encuesta se realiza con carácter bianual desde 1995, a población general de 15 a 64 años residente en hogares de España⁴⁰.

³⁹ Fecha de consulta 12/07/2019: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

⁴⁰ Se realiza mediante muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. El error muestral máximo suele ser menor del 1% (para un nivel de confianza del 95% y $p=0,5$), con algunas oscilaciones mayores en alguna Comunidad Autónoma, según el año de encuesta, y que suelen ser menores del 7%. El tamaño de la muestra suele ser en torno a los 20.000 cuestionarios válidos, aunque en las primeras encuestas entre 1995 y 2003 el tamaño se mantuvo entre 8.000 y 15.000 entrevistados.

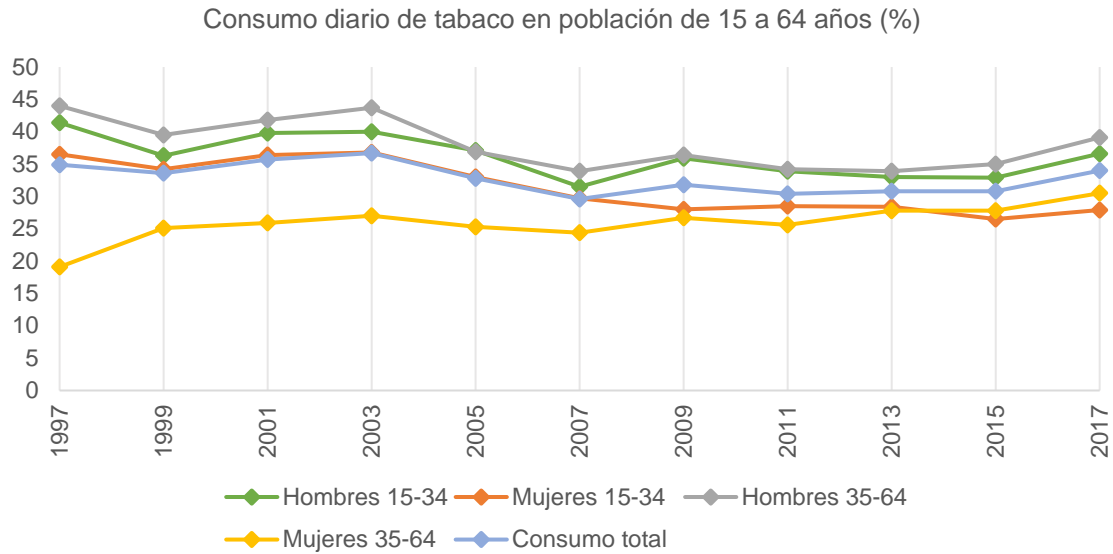


Gráfico 7.39. Porcentaje de personas que consumen tabaco a diario. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta EDADES.

Lo que se observa, en general, es un punto de inflexión en 2007, cuando la tendencia decreciente que empezó con el debate en torno a la Ley del Tabaco en España (aprobada en 2005) se interrumpe con el inicio de la crisis. En 2009 (primer año de registro tras el inicio de la crisis) el consumo total en la población de 15 a 64 años aumenta 2,2 puntos (pasando del 29,6% al 31,8% de la población). Si diferenciamos por sexo y edad, el aumento es más pronunciado en algunos grupos; los hombres de 15 a 34 años aumentan su consumo 4,4 puntos en estos años mencionados (del 31,5% al 35,9%), y los hombres de 35 a 64 años 2,5 (del 33,9% al 36,4%). En cambio, las mujeres de 35 a 64 años aumentan su consumo 2,3 puntos (del 24,4% al 26,7%), y las de 15 a 34 años muestran su aumento en el siguiente registro de 2011, con 0,5 puntos más en 2011 respecto a 2007 (del 28% al 28,5%). En los años posteriores, si bien vuelve a apreciarse cierta disminución en el consumo diario de la población total estudiada en 2011, a partir de esa fecha toma de nuevo un impulso creciente hasta los últimos registros en 2017. En definitiva, la crisis económica coincide con cierto impulso en el consumo de tabaco.

7.5. Entendiendo el papel de la cobertura pública en sanidad

Tras una revisión detallada de los datos estadísticos, se comprueba que los efectos en la salud han sido menores de los esperados. Si existen efectos negativos provocados por las crisis económicas, estos no han llegado a traducirse en aumentos de mortalidad (salvo en los suicidios), ni morbilidad. Incluso hemos observado que en período de crisis ha disminuido la mortalidad por accidentes (de tráfico, principalmente), y por causas externas y envenenamientos. De forma similar, hemos comentado que las altas hospitalarias por lesiones externas y envenenamientos, y las altas en traumatología, también han disminuido en la última crisis económica.

A partir de este análisis no pretendemos afirmar que la crisis no pueda tener efectos negativos, ni que haya tenido efectos positivos en la salud. Planteamos la hipótesis de que el sistema sanitario público juega un papel primordial en la preservación de la salud, también en épocas de crisis económicas. Hemos visto que los recursos sanitarios han aguantado bien el paso de la crisis, y apenas se han visto mermados con la aplicación del RD-Ley 16/2012. Esto sugiere que el papel del sistema sanitario español a la hora de paliar los efectos de la crisis ha sido clave. Es difícil cuantificar o medir la importancia que ha tenido el sistema sanitario público en la preservación de la salud, pero sí podemos tener una idea de la importancia que tiene el gasto público en la preservación de la salud, no sólo en épocas de crisis, sino en general.

En esta sección se plantea un modelo de regresión para mostrar la importancia que el gasto público en sanidad tiene en la protección de la salud, representada por la esperanza de vida que, como se mencionó al inicio de este capítulo, se le considera el indicador más general sobre la salud de una población. Este modelo de regresión incluye información de todos los países del mundo analizados por el Banco Mundial sobre el gasto en salud público y privado. Se ha realizado un modelo de regresión para cada año, para observar la importancia que tiene cada variable a la hora de predecir la esperanza de vida, y observar la evolución en el tiempo de su capacidad de predicción de la variable dependiente.

7.5.1. Preparación de los datos

La relación entre la esperanza de vida con la mayoría de las variables económicas no es lineal. Por lo que se ha procedido a la transformación logarítmica de las variables independientes, mejorando con ello la precisión de los coeficientes, a pesar de que se pierde cierta sencillez en la interpretación de los coeficientes de regresión. Esto puede observarse en los gráficos 7.40 y 7.41, donde aparece la relación entre el gasto público y privado per cápita (nuestras dos variables independientes) con la esperanza de vida, representando la población de cada país por el tamaño de su círculo correspondiente, para el año 2015 y todos los países del mundo para los que el Banco Mundial dispone de estos datos (más de 200 países y regiones).

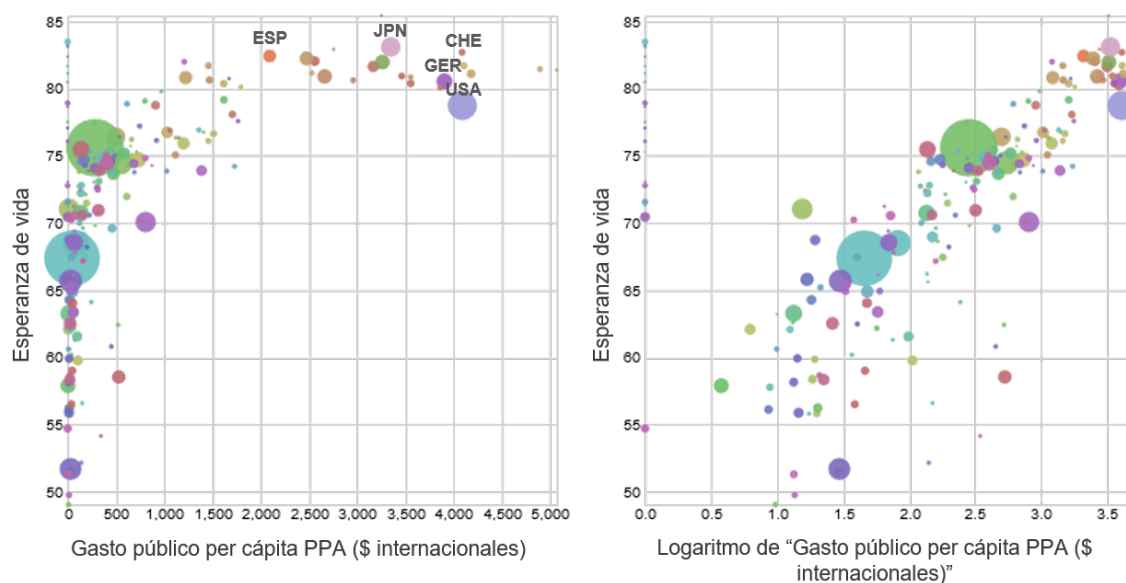


Gráfico 7.40. Gráfico de dispersión con las variables "Esperanza de vida al nacer" y "Gasto público per cápita a valores de paridad de poder adquisitivo (PPA)", en su versión original y su transformación logarítmica. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

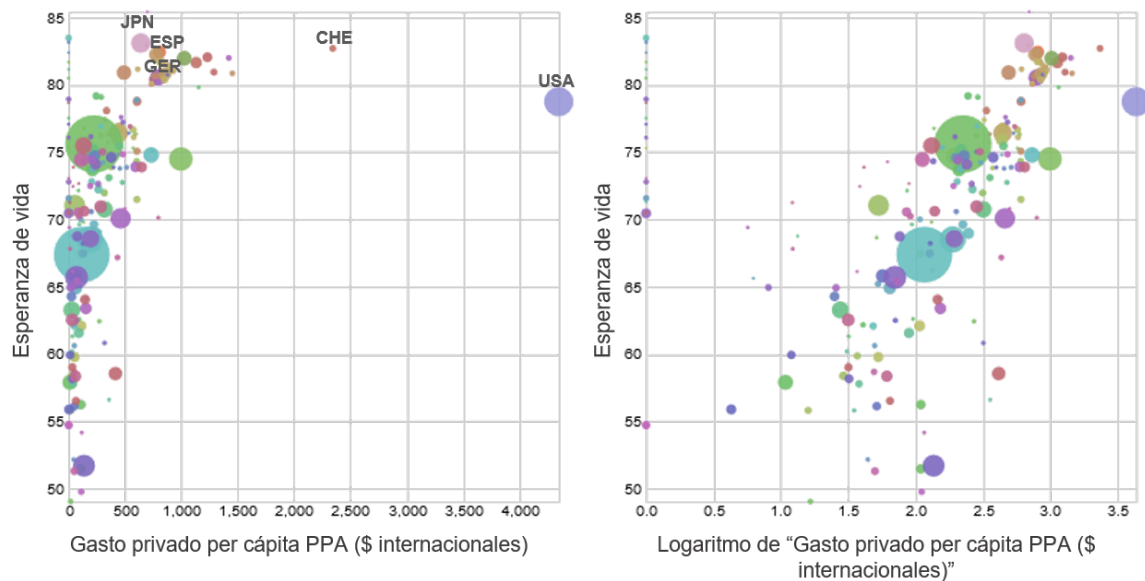


Gráfico 7.41. Gráfico de dispersión con las variables "Esperanza de vida al nacer" y "Gasto privado per cápita a valores de paridad de poder adquisitivo (PPA)", en su versión original y su transformación logarítmica. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

A la izquierda aparecen las variables sin transformar, con algunos países etiquetados con el código ISO⁴¹, a modo de referencia, con la relación real entre estas dos variables, donde a mayor inversión de gasto en sanidad, aumenta la esperanza de vida. Pero, a partir de ciertos valores de gasto en sanidad, un aumento de este apenas aumenta la esperanza de vida. Con la transformación logarítmica de las variables independientes (gráfico de la derecha) se ajusta a una relación más lineal. Esta forma de proceder con las variables económicas es común y se recomienda desde los primeros estudios sobre la comparación entre países según su esperanza de vida y las variables económicas (Rodgers, 1979).

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta, cuando se hacen estudios comparativos entre países, es la ponderación de los casos (países). Este tema sigue generando cierto debate en los investigadores de los ámbitos que suelen hacer estudios comparativos entre países (economía, salud pública, sociología, etc.). El debate surge de la posibilidad de tratar a cada país como un caso, o en

⁴¹ Códigos estandarizados para los países, proporcionados por la Organización Internacional para la Normalización.

representación de muchos casos (su población). Esto cobra especial relevancia cuando estamos incluyendo en el mismo análisis países con muy baja población, como Andorra o Liechtenstein (que tienen menos de 80.000 habitantes cada uno), y países como China o India (con más de mil millones de habitantes por país). En general, hay bastante consenso en que depende de los objetivos del estudio. Si se están estudiando características estructurales de los países o regiones, y se quiere generalizar a países, no es necesario ponderar. Si lo que se estudian son características de los individuos de cada país, y la intención es generalizar a la población, entonces sí (Montero Granados, 2016; Deaton, 2004). Pero ninguna de las dos situaciones está exenta de inconvenientes. Algunos autores consideran que es más sencillo tratar a cada país como un único punto de observación, independientemente de su tamaño poblacional, que ponderar y asumir las posibles complicaciones derivadas de la presencia de heterocedasticidad entre los individuos de un mismo país, ya que es posible que las observaciones estén correlacionadas, que no sean observaciones independientes, y que difieran de las observaciones que se tomen en los individuos de otro país (Dickens, 1990). Otros autores, tras una discusión técnica de los efectos de la homocedasticidad en cada uno de los dos supuestos, abogan por mostrar ambos resultados, ponderados y no ponderados, y comparar (Solon et al., 2015). En este estudio, dado que se pretenden estudiar las características de los individuos de los países, se ha ponderado la base de datos por el tamaño de la población. Pero se muestran también los resultados sin ponderar, siguiendo las indicaciones de Solon et al. (2015), para comprobar que la diferencia entre ambos modelos es menor, y no cambia las conclusiones.

Tal y como se observa en los gráficos 7.40 y 7.41, hay dos grandes tipos de relación entre gasto sanitario con esperanza de vida. En los países más desarrollados el aumento en el gasto sanitario apenas incide en la esperanza de vida. Los países que se encuentran en vías de desarrollo muestran una relación mucho más intensa con el gasto sanitario, aumentando de forma notable la esperanza de vida, cuando aumenta el gasto sanitario. Por este motivo, nos vamos a centrar en un modelo con los actuales países de la OCDE, que son los más similares a la situación española en cuanto a su economía y esperanza de vida, que se encontrarían en la primera de las situaciones descritas.

Se ha realizado un modelo de regresión para cada año desde que hay datos disponibles, desde el año 2000 hasta 2016. Las variables predictoras escogidas son el logaritmo del “gasto público per cápita PPA (\$ internacionales)” y el logaritmo del “gasto privado per cápita PPA (\$ internacionales)”. La “esperanza de vida al nacer” es la variable dependiente. El modelo se realiza para los países que pertenecen a la OCDE actualmente, ponderados por su población. Se pretende poner de relieve la importancia de la sanidad pública a la hora de garantizar una buena esperanza de vida, incluso en los países desarrollados.

7.5.2. Resultados del modelo

La principal observación es que efectivamente, para todos los años, el gasto público es más importante que el gasto privado a la hora de explicar la esperanza de vida. Es clave el gasto en salud, pero especialmente el gasto público. Así lo muestran los coeficientes beta (B), que permiten comparar la importancia de cada variable en la predicción de la variable dependiente, y que resultan más elevados para la variable del gasto público que la del gasto privado (tabla 7.1). De algún modo, esto deja entrever la importancia de una sanidad pública, o al menos una financiación pública que favorezca el acceso de todos los sectores de la población.

Tabla 7.1. Coeficientes de regresión parcial, coeficientes beta, significatividad y diagnósticos de colinealidad de los modelos. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

Coeficientes^{a,b}

Año	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Estadísticas de colinealidad	
	B	Error estándar	Beta			Tolerancia	VIF
2000	Constante	61,900	,000		133086,294	0,000	
	Público	7,697	,000	,984	37564,741	0,000	,540
Gasto	Privado	-2,963	,000	-,444	-16926,916	0,000	,540
2001	Constante	62,042	,000		129887,058	0,000	
	Público	7,708	,000	,982	36549,672	0,000	,529
Gasto	Privado	-2,999	,000	-,458	-17056,835	0,000	,529
2002	Constante	63,284	,000		129934,891	0,000	
	Público	7,157	,000	,946	33416,537	0,000	,525
Gasto	Privado	-2,826	,000	-,451	-15950,089	0,000	,525
2003	Constante	63,901	,000		129878,979	0,000	
	Público	6,972	,000	,932	32533,310	0,000	,527
Gasto	Privado	-2,818	,000	-,461	-16100,762	0,000	,527
2004	Constante	63,141	,000		129610,990	0,000	
	Público	7,578	,000	,983	35701,689	0,000	,520
Gasto	Privado	-3,123	,000	-,504	-18309,124	0,000	,520
2005	Constante	64,473	,000		141231,047	0,000	
	Público	7,505	,000	1,011	38867,422	0,000	,540
Gasto	Privado	-3,492	,000	-,572	-21976,481	0,000	,540
2006	Constante	64,598	,000		131646,589	0,000	
	Público	7,739	,000	,997	37721,995	0,000	,540
Gasto	Privado	-3,748	,000	-,587	-22185,774	0,000	,540
2007	Constante	64,075	,000		131894,555	0,000	
	Público	8,035	,000	1,018	39982,027	0,000	,545
Gasto	Privado	-3,853	,000	-,601	-23608,560	0,000	,545
2008	Constante	63,956	,001		125487,506	0,000	
	Público	8,039	,000	1,015	37058,289	0,000	,509
Gasto	Privado	-3,830	,000	-,610	-22270,764	0,000	,509

2009	(Constante	63,501	,001		115082,675	0,000		
	Público	7,357	,000	,920	32224,991	0,000	,529	1,890
	Privado	-2,917	,000	-,480	-16822,319	0,000	,529	1,890
2010	Constante	63,592	,001		122740,733	0,000		
	Público	7,728	,000	,981	35998,025	0,000	,523	1,913
	Privado	-3,322	,000	-,550	-20176,882	0,000	,523	1,913
2011	Constante	63,303	,001		124582,431	0,000		
	Público	7,879	,000	1,000	37792,461	0,000	,526	1,900
	Privado	-3,352	,000	-,560	-21162,018	0,000	,526	1,900
2012	Constante	63,523	,001		124051,652	0,000		
	Público	7,898	,000	,999	37714,248	0,000	,526	1,901
	Privado	-3,419	,000	-,571	-21575,039	0,000	,526	1,901
2013	Constante	64,538	,001		117548,277	0,000		
	Público	7,836	,000	,969	34906,120	0,000	,520	1,923
	Privado	-3,653	,000	-,582	-20986,779	0,000	,520	1,923
2014	Constante	70,818	,001		87243,183	0,000		
	Público	2,396	,000	,351	7552,984	0,000	,312	3,202
	Privado	,378	,000	,036	773,913	0,000	,312	3,202
2015	Constante	71,226	,001		90305,780	0,000		
	Público	1,732	,000	,264	5528,223	0,000	,301	3,320
	Privado	,973	,000	,097	2020,216	0,000	,301	3,320
2016	Constante	73,334	,001		88355,539	0,000		
	Público	1,959	,000	,291	6107,606	0,000	,313	3,193
	Privado	,039	,000	,004	78,664	0,000	,313	3,193

a. No hay casos válidos en uno o más archivos segmentados. Las estadísticas no se pueden calcular.

b. Variable dependiente: Life expectancy at birth, total (years)

Concretamente, los coeficientes beta (B) asociados a la variable del gasto público son muy altos, superiores a 0,9 en casi todos los casos, e incluso a 1 en alguna ocasión (1,011 en 2005, por ejemplo). Esto denota cierto grado de colinealidad entre ambas variables. Pero los valores de la Tolerancia son superiores a 0,2 en todos los años, y el Factor de Inflación de la Varianza (VIF)

es inferior a 5 (tabla 7.1), valores de corte comúnmente aceptados para suponer que la colinealidad presente no es demasiado problemática (Cea D'Ancona, 2004). Además, hay que tener en cuenta que la variable usada es el logaritmo de la original, y, por este motivo, los coeficientes obtenidos son algo más elevados, al mejorar el ajuste. Asimismo, los coeficientes apenas varían de un año a otro, lo que denota bastante estabilidad; la inestabilidad indicaría baja precisión, que es lo que se pretende evitar. Los coeficientes de regresión parcial (β) muestran que un aumento de un 1% del gasto sanitario público aumenta como mínimo en 0,07 años la esperanza de vida⁴² en los años observados de 2000 a 2013, fecha a partir de la cual los coeficientes disminuyen; comentaremos a continuación la razón.

En cuanto a los coeficientes beta (B) asociados al gasto privado se observa que, además de ser inferiores a los del gasto público en todos los años, son negativos; hecho que conviene matizar. No debe interpretarse estrictamente, en el sentido de que el aumento en el gasto privado conlleva la disminución en la esperanza de vida. Al contrario, el gasto privado aumenta la esperanza de vida, tal y como se observa cuando tomamos cada variable independiente en una regresión simple para explicar la esperanza de vida:

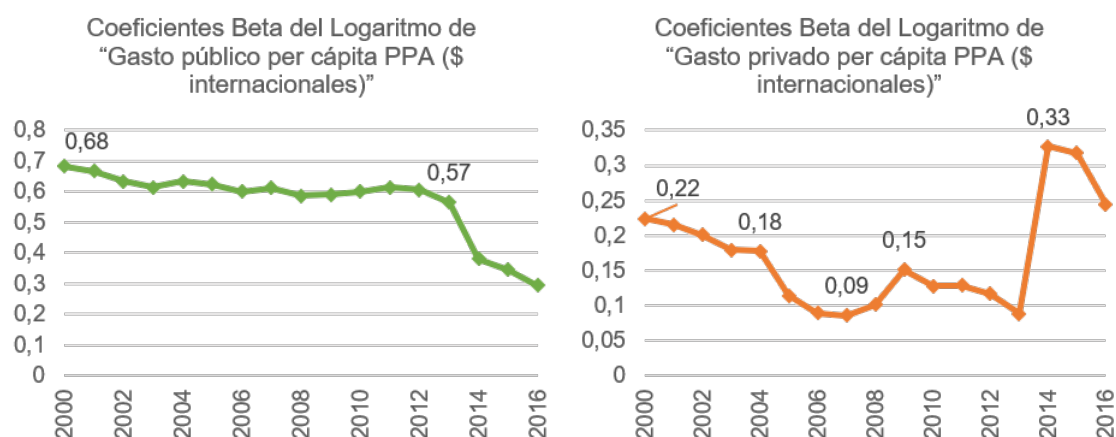


Gráfico 7.42. Evolución de los coeficientes beta (B) de los modelos de regresión simple con cada variable independiente. Elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

⁴² Recordemos que al estar expresadas en logaritmos las variables independientes, la interpretación se hace en términos de aumento de $\beta/100$ el valor de la variable dependiente, por cada aumento de un 1% en la variable independiente.

Cuando se toma la variable del gasto privado de forma individual, el coeficiente beta (B) es pequeño (menor que 0,25 hasta 2013, y menor que el de la variable de gasto público), pero positivo. El valor negativo, cuando se toman ambas variables a la vez, es una consecuencia de que Estados Unidos es el país con más gasto privado en sanidad (hasta 2013, fecha particular que comentaremos a continuación), a la vez que su esperanza de vida es moderada-baja en comparación con los demás países de la OCDE (los que hemos usado para el modelo), situándose siempre por debajo del percentil 50 de la esperanza de vida de estos países. Dado su elevado tamaño poblacional, que hemos usado para ponderar el modelo, se convierte en la principal representación de qué ocurre en las poblaciones donde se invierte mucho en sanidad privada. De esta manera, tenemos un modelo donde la población con mayor gasto privado en sanidad presenta una esperanza de vida moderada-baja, mientras que la población que vive en países que invierten poco en sanidad privada y mucho en sanidad pública presenta valores de esperanza de vida bastante más elevados.

De hecho, en el gráfico 7.43, donde aparece la evolución de los coeficientes beta, se observa que si desactivamos la ponderación, el coeficiente se vuelve positivo (aunque siga siendo menor que el del gasto público), poniendo de relieve que es Estados Unidos el punto que influye en representación del gasto privado. Lo mismo ocurre si, aun manteniendo la ponderación, excluimos a Estados Unidos del modelo. En definitiva, es en comparación con los países que gastan poco en sanidad privada, mucho en sanidad pública y con elevadas esperanzas de vida, cuando el coeficiente de gasto privado aparece en negativo, y sólo cuando aparece junto a estas condiciones. Es decir, cuando está en “competencia” con el gasto público analizando los países de la OCDE.

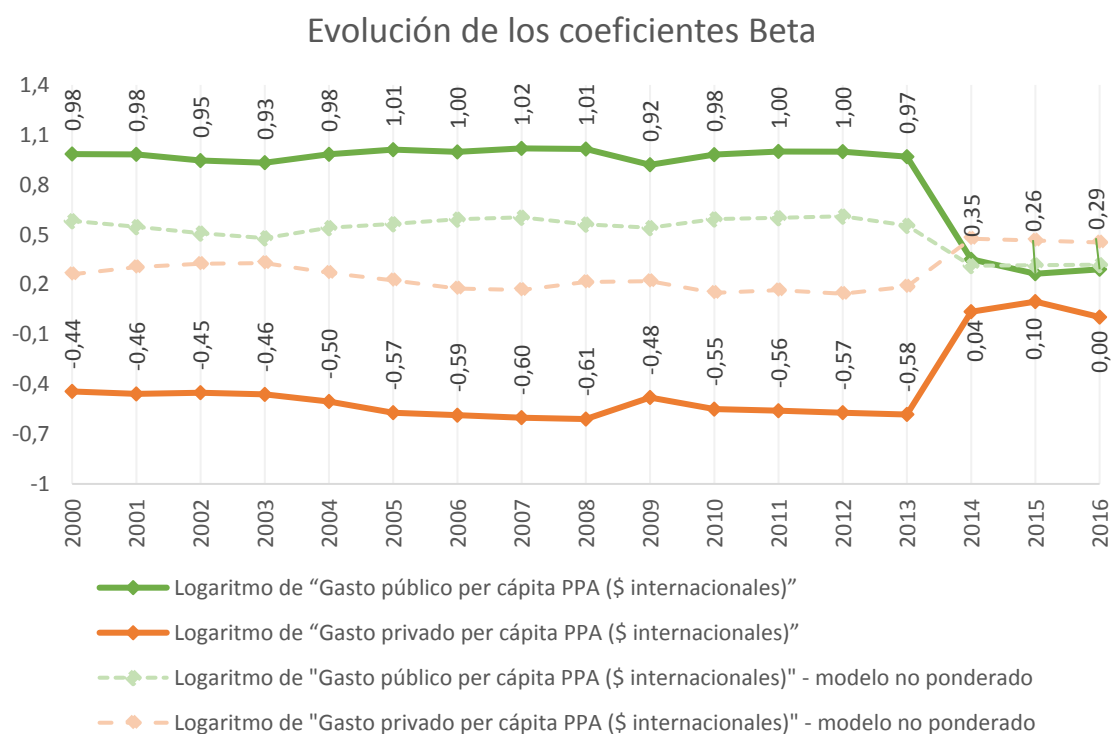


Gráfico 7.43. Evolución de los coeficientes beta (B) de cada variable del modelo de regresión ponderado y no ponderado. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

En el evolutivo de los coeficientes beta (B), además de mostrarnos la importancia del gasto público, nos muestra un importante cambio en los indicadores, ya que a partir de 2014 pierden fuerza en la predicción de la esperanza de vida en los países de la OCDE.

Esto es debido a que en Estados Unidos en ese año entraron en vigor la mayoría de las provisiones para el *Patient Protection and Affordable Care Act* (conocido como Obamacare), la reforma sanitaria que obligaba a todos los ciudadanos a tener un seguro médico, garantizando además con fondos públicos a aquellos sectores que, principalmente por falta de recursos económicos, no podían contratarlo por sus propios medios. De esta manera se expande la cobertura sanitaria que ya ofrecían los sistemas *Medicaid* (para gente de bajos recursos económicos) y *Medicare* (personas mayores de 65 años o jóvenes con graves problemas de salud) desde 1965. Esto supuso una enorme partida de gasto público desde 2014 (gráfico 7.44), pasando a gastar casi el doble de 2013 a 2014, lo que hizo entrar a Estados Unidos al grupo de países con alto gasto

público, pero con esperanza de vida moderada-baja, “desvirtuando” de este modo el indicador de gasto público, antes asociado a países con alta esperanza de vida.

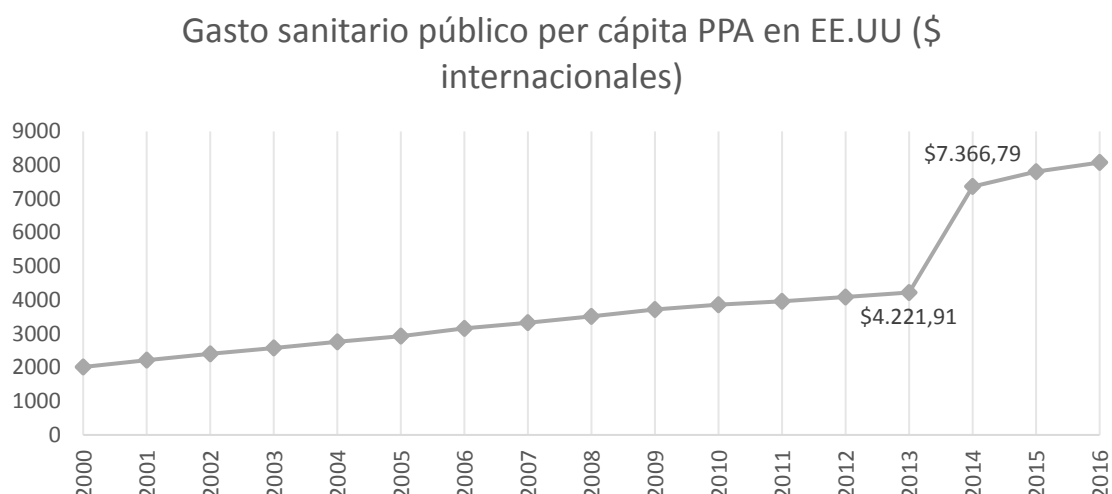


Gráfico 7.44. Evolución del gasto sanitario público en Estados Unido. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

Se observa, entonces, que el modelo de regresión para predecir la esperanza de vida a partir del gasto público y privado per cápita, para los países de la OCDE, es bastante bueno hasta 2013, con un coeficiente de determinación (R^2) en torno a 0,5. Es decir que más o menos explicaba el 50% de variabilidad de la esperanza de vida sólo a partir de estas dos variables, especialmente por la variable del gasto público

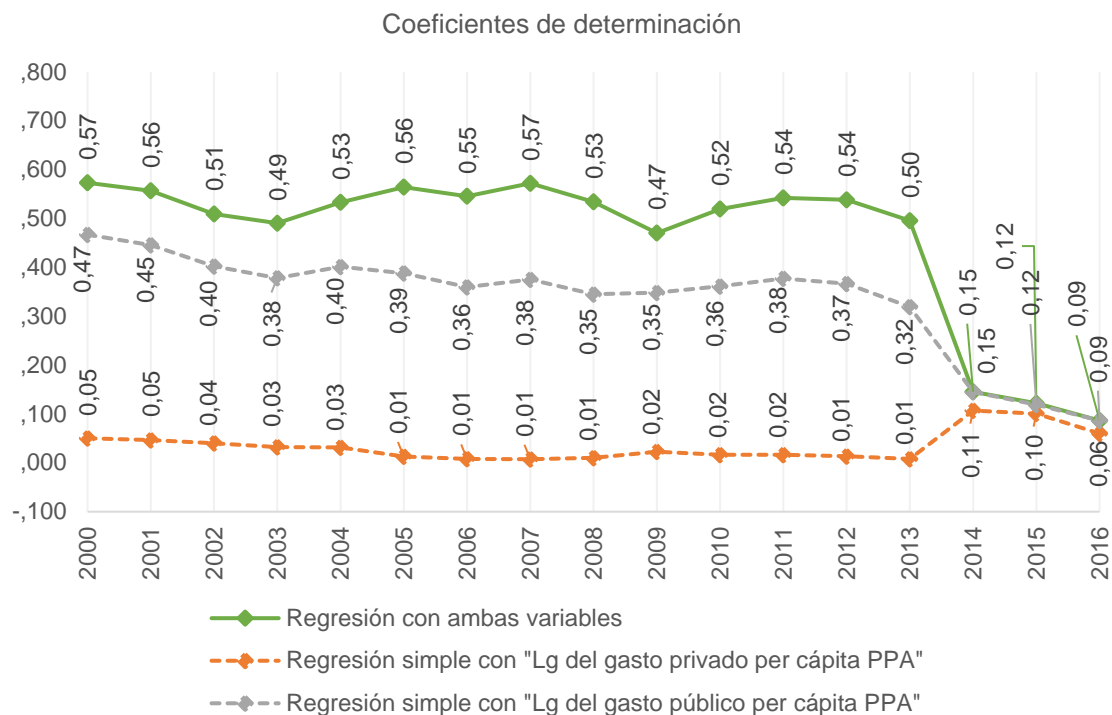


Gráfico 7.45. Evolución de los coeficientes de determinación de los modelos obtenidos para cada año.
Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

La esperanza de vida puede modelizarse entonces de la siguiente manera, especialmente útil hasta 2013:

$$\text{Esperanza de vida} = \beta_0 + \beta_1 * \text{Lg}(\text{gasto público per cápita PPA}) + \beta_2 * \text{Lg}(\text{gasto privado per cápita PPA}) + \varepsilon$$

En cualquier caso, una vez aclarados estos puntos, que pueden generar cierta confusión (coeficientes negativos, disminución en la capacidad de predicción a partir de 2014), la idea importante, como se ha mencionado, es que es el gasto público en sanidad la clave a la hora de determinar el valor de la esperanza de vida. Esto es así en el sentido de que, con la inversión pública de estos países, se protege la salud de la mayor parte de la población, elevando de este modo la esperanza de vida, al garantizar a más población la buena salud. Esta es una condición que puede explicar, de algún modo, por qué apenas ha habido efectos negativos de la crisis económica en la salud, ya que la existencia de un sistema público es el que garantiza una mayor cobertura sanitaria a toda la población.

No obstante, no hay que olvidar que esto es una relación muy generalizada, y que la predicción con la variable de gasto público no será exacta. Se puede ver con el modelo de regresión lineal la importancia de una cobertura pública a la hora de determinar el estado de salud de una población, pero hay varios aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de valorar el modelo. Recordemos que, una vez asegurado el desarrollo económico de los países, como los que estamos analizando, entran en juego otros factores a la hora de predecir el valor de la esperanza de vida. Basta con observar que Estados Unidos es de los países con mayor inversión pública en sanidad en los últimos años, y no por ello es el país con mayor esperanza de vida. A su vez los países que suelen presentar mayores niveles de esperanza de vida (que suelen ser Japón, Suiza y España) no son precisamente los que tienen mayores niveles de gasto público. Por tanto, hay que tener presente que lo que estamos examinando es una tendencia general que no predice con total exactitud la esperanza de vida de cada país. Tampoco implica que esta regla se cumpla el 100% de las veces, como decimos; es una tendencia general, un “resumen” de los datos.

En este modelo se ha escogido el gasto público y privado en salud para poner de manifiesto la importancia del gasto público a la hora de determinar la esperanza de vida. Pero existen otras variables sobre la situación económica de un país que son también relevantes (PIB, gasto público en educación, gasto público total, etc.). No se han incluido estas variables en el modelo por su elevada colinealidad, pero todas ellas son clave para determinar la esperanza de vida, especialmente el PIB per cápita, como se observa en el siguiente gráfico (7.46) representando su relación original, que se puede entender como logarítmica:

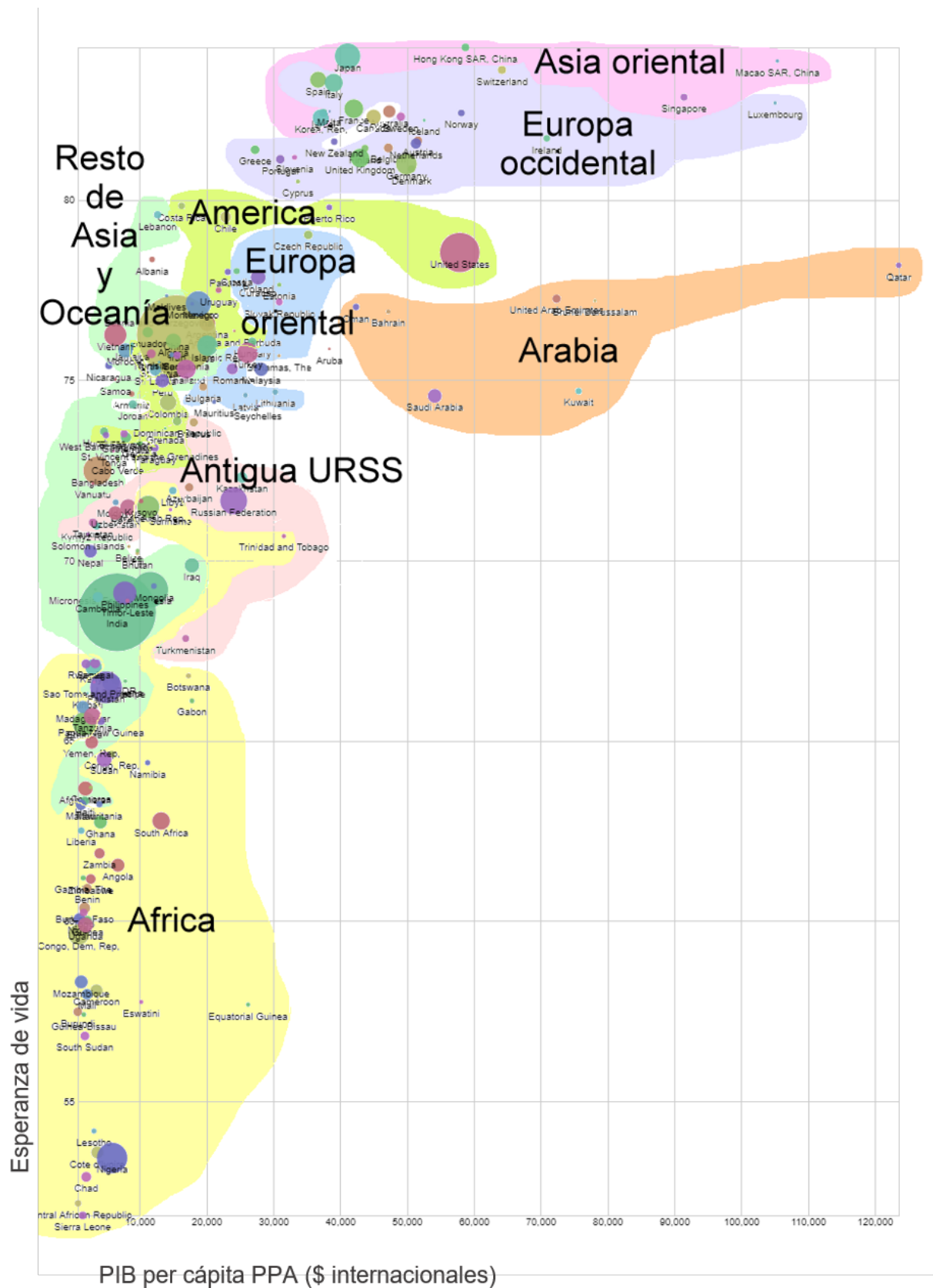


Gráfico 7.46. Gráfico de dispersión con las variables "PIB Real per cápita" y "esperanza de vida" en su versión original. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.

7.6. Sinopsis

En este capítulo se ha realizado una revisión exhaustiva de los principales indicadores del estado de salud de la población española. El objetivo principal era conocer si este se ha visto afectado por la crisis económica que comienza con el año 2008 o también por el RD-Ley 16/2012. Para tener una visión lo más completa posible, hemos abordado el concepto de salud desde las siguientes perspectivas: esperanza de vida, mortalidad, morbilidad y problemas de salud, y hábitos saludables.

La esperanza de vida no evidencia cambios en su evolución ni con la crisis, ni con el RD-Ley 16/2012, a la vista de los datos disponibles analizados en el capítulo.

En cuanto a la mortalidad, se han revisado 73 causas de muerte y se ha detectado que algunas han variado con la crisis económica. Concretamente, se observa que ha aumentado la mortalidad por suicidios, como un efecto tardío de la crisis, incrementándose estas muertes en los años 2012 a 2014. Por otro lado, destaca una disminución en las muertes por accidentes (en general, de transporte y de tráfico por vehículos de motor). Es una tarea complicada determinar la causa de estas variaciones en la mortalidad, pero cabe plantear la hipótesis de que los suicidios aumentan por las propias dificultades económicas que entraña la crisis y la presión que ello supone a muchas personas. Esta hipótesis es coherente con el aumento observado en las altas hospitalarias por trastornos mentales y de comportamiento, y con lo analizado en las entrevistas al personal sanitario y en la encuesta de médicos, donde se puso de relieve el aumento del decaimiento, estrés y otros problemas psicológicos en los sectores más afectados por la crisis económica. En cuanto a la reducción de accidentes, se ha podido constatar que hubo menos coches en circulación durante la crisis, y además se recorrieron menos kilómetros; hechos que pueden explicar, en alguna medida, la evolución de esta causa de mortalidad.

Para analizar la morbilidad, se han estudiado indicadores sobre la atención especializada, la atención primaria, sobre el uso de fármacos y sobre la salud

autopercibida. Los datos en torno a la atención especializada muestran que, con la crisis del 2008, se han reducido las altas hospitalarias relacionadas con los problemas y complicaciones asociados al embarazo, parto y puerperio. Hecho que debe interpretarse a partir de la reducción de la natalidad que ha acompañado la crisis. Por otro lado, también se ha observado cierto descenso en las altas hospitalarias en el área de traumatología, envenenamientos y lesiones externas, en línea con lo observado en las tasas de mortalidad. Destaca asimismo una reducción en la actividad en torno a los estudios de hemodinámica (actividad de cardiología que estudia la anatomía y capacidad funcional del corazón). Además, también se ha observado el aumento en las sesiones de litofragmentación (para el tratamiento de piedras en la vesícula y el riñón). Por último, destacar especialmente un aumento considerable de la actividad en urgencias, coincidiendo con la entrada en vigor del Real-Decreto-ley 16/2012.

En cuanto a la atención primaria se hace notar que, a pesar del potencial valor que tendría la información sobre las causas de consulta, a fecha de realización de la presente tesis aún no existe una base de datos pública con este tipo de información. Pero se ofrece el dato de la actividad total, tanto la ordinaria como la de urgencias, que también ha resultado ser relevante. Destaca el enorme incremento del 269,3% de la actividad en urgencias desde 2012 hasta 2017, coincidiendo con la vigencia del RD-Ley 16/2012, mientras que la actividad ordinaria ve disminuida su actividad en el mismo período. En 2018, con la entrada en vigor del nuevo decreto que devuelve la universalidad en la atención primaria y especializada, se observa de nuevo un incremento en la actividad ordinaria y una disminución de las urgencias. Estos datos están en consonancia con las menciones a la “saturación en urgencias”, que emergieron en las entrevistas al personal sanitario y en la encuesta de médicos de la Comunidad de Madrid, y que atribuyeron a la limitación de la universalidad que conllevaba el decreto. Por otro lado, hacemos notar que la falta de más estadísticas en torno a la atención primaria ha dado un especial valor añadido a la encuesta de médicos y las entrevistas en profundidad, de los cuales una gran parte están especializados precisamente en la atención primaria.

Del consumo de medicamentos apenas hay datos disponibles que nos permitan analizar la evolución en el tiempo. Pero podemos hacernos una idea analizando

el gasto farmacéutico de medicamentos con receta oficial del Sistema Nacional de Salud, y el número de recetas facturadas. Hemos observado que el gasto farmacéutico público ha disminuido desde 2009 hasta 2013, y el número total de recetas facturadas lo ha hecho también desde 2011 hasta 2013. Estos cambios son compatibles con la aplicación del RD-Ley 16/2012, que contenía medidas para racionalizar el gasto farmacéutico, e incluía una revisión de los medicamentos financiados públicamente y un cambio en el sistema de recetado (pasando a recetarse por principio). El primer año que se observa una disminución del número total de recetas facturadas es 2012, lo que puede estar vinculado a la aplicación del real decreto. Pero el gasto farmacéutico de medicamentos con receta oficial disminuye antes de su entrada en vigor. No obstante, en contexto de crisis económica es posible que algunas medidas similares a las contempladas en el decreto ya se empezaran a aplicar poco antes de su entrada en vigor, y repercutieran en una reducción del gasto farmacéutico.

En cuanto a la salud autopercibida no podemos determinar si ha mejorado o empeorado con la crisis o con la aplicación del RD-Ley 16/2012.

Para conocer los hábitos saludables se han analizado la alimentación, la obesidad y el consumo de tabaco. Idealmente también deberíamos de incluir el ejercicio físico, pero no se han encontrado datos con los que poder construir una serie temporal que nos permitiera observar posibles cambios con la crisis económica. En cuanto a la alimentación se ha observado una ligera disminución en el consumo de carne (especialmente la fresca), pescado (especialmente el fresco), fruta, hortalizas, patatas, “bollería/pastelería/galletas/cereales” y de cerveza. Los alimentos cuyo consumo ha aumentado ligeramente con la crisis son el arroz, la pasta y el vino (este último en los últimos años de la crisis económica). Hemos podido observar también que, en cuanto al consumo de carne y pescado, los sectores de la población más vulnerables a no poder consumirlos son los hogares formados por un adulto con uno o más niños dependientes, los hogares clasificados como “otros tipo de hogares con niños dependientes”, los sectores con menor nivel educativo, los parados y los extranjeros procedentes de países externos a la Unión Europea. Por otro lado, el porcentaje de la población con obesidad (índice de masa corporal superior a 30) sigue su tendencia creciente sin cambios con la crisis económica. El

consumo de tabaco ha experimentado cierto repunte en los primeros años de la crisis, que se ha mantenido relativamente en el tiempo hasta el presente.

La mayoría de estos efectos observados han sido pasajeros, volviendo a la tendencia que mostraban antes de la crisis o de la aplicación del Real Decreto. Así, el último dato de los accidentes (en general, de transporte y de tráfico por vehículos de motor), en 2015, muestra que tras la crisis económica la tendencia vuelve a ser ligeramente creciente. Los suicidios disminuyeron después de 2014. La morbilidad asociada a los problemas del embarazo, parto y puerperio volvieron a aumentar tras la crisis y coincidiendo con el auge de la natalidad. Los estudios de hemodinámica volvieron a su tendencia creciente tras la interrupción que se observó en la crisis económica. La atención primaria redujo su actividad en urgencias tras la revocación del RD-Ley 16/2012. El gasto farmacéutico en recetas oficiales y el número de recetas facturadas, que mostraron una tendencia decreciente con la crisis y la aprobación del RD-Ley 16/2012, interrumpieron esta tendencia decreciente desde 2013 en adelante. El consumo de carne, de pescado, de fruta y de hortalizas sigue descendiendo tras la crisis, pero a un ritmo mucho menor. El consumo de patatas dejó de decrecer y se mantuvo relativamente estable desde 2011. El consumo de arroz dejó de crecer en 2013, pero la pasta lo sigue haciendo hasta los datos más recientes. La bollería vuelve a mostrar cierta tendencia creciente desde 2011, aunque a un ritmo algo más pausado en comparación con los años anteriores de la crisis. Y, en cuanto al vino y la cerveza, el vino volvió a su tendencia decreciente tras la crisis económica y la cerveza a su tendencia creciente. Por otro lado, los sectores mencionados como más vulnerables a no poder consumir carne y pescado, con la frecuencia adecuada, han seguido aumentando después de la crisis. Y, por último, el consumo de tabaco, tras el repunte con la crisis, se ha mantenido relativamente en el tiempo.

Por último, tras comprobar que no ha habido grandes consecuencias negativas en la salud de los españoles tras la última crisis económica, hemos puesto de relieve la importancia de la inversión pública en los sistemas sanitarios, como garantes de la salud general de una población. Para ello se ha procedido a realizar un modelo de regresión lineal múltiple, donde se pretende explicar la esperanza de vida (entendida como el indicador más general sobre el estado de

salud de una población) a partir del gasto público y privado en sanidad. El modelo muestra efectivamente que es el gasto público el gran garante de la elevada esperanza de vida. Probablemente, en España el sistema sanitario público haya jugado un papel esencial a la hora de no desarrollar posibles consecuencias negativas de la crisis e incluso del RD-Ley 16/2012.

CAPÍTULO 8. ¿Qué opinan los ciudadanos?

A la hora de investigar el impacto que la crisis económica del 2008 y las reformas legales han tenido en la salud y en el sistema sanitario, resulta importante estudiar, además de los datos “objetivos”, las opiniones de los ciudadanos como usuarios de la sanidad. Para ello estructuraremos este capítulo en dos bloques. Un primer bloque estará dedicado al estudio de la opinión pública a partir de las encuestas que realiza periódicamente el Centro de Investigaciones Sociológicas, en especial los Barómetros Sanitarios, donde nos centraremos en analizar la evolución de la opinión sobre diversos aspectos del sistema sanitario. Un segundo bloque complementará al primero, analizando la opinión actual de los ciudadanos con un análisis de redes a partir de los mensajes en Twitter sobre el sistema sanitario y las consecuencias de la crisis económica del 2008 en la salud. Estos dos bloques nos servirán para comprobar que las opiniones y los datos “objetivos” no siempre coinciden, o incluso que en ocasiones las opiniones se contradicen. Más adelante detallaremos estos aspectos.

8.1. Opinión de los ciudadanos a partir del Barómetro Sanitario

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realiza desde los años 80 una serie de encuestas sobre sanidad y salud; algunas de ellas de forma periódica y regular, de manera que resulta posible un análisis en forma de series temporales con algunas de sus preguntas. De todas estas encuestas las más interesantes, para nuestros fines, son los Barómetros Sanitarios, los cuales vienen

recopilándose desde 1993 con una periodicidad generalmente de cada tres o cuatro meses. Se usa un cuestionario con entrevistas personales efectuadas en los domicilios, escogidos éstos con cuotas de edades y sexos por rutas aleatorias. El muestreo se realiza fijando un número de entrevistas mínimo en cada comunidad autónoma y completando el resto según la población; los resultados se ponderan, en consecuencia. La encuesta se aplica a la población general mayor de 18 años, tanto si han usado el sistema sanitario como si no lo han hecho. Además, se analizan específicamente las opiniones de las personas que sí han usado el sistema sanitario. Los cuestionarios han ido modificándose con el tiempo, pero muchas preguntas se han mantenido constantes. De forma que puede construirse la serie temporal en un gran intervalo de tiempo, lo que resulta ideal para nuestros fines.

Dividimos este apartado en dos grandes bloques. Primero nos centraremos en la evolución temporal de los indicadores más relevantes, prestando especial atención en si ha habido cambios con la crisis económica del 2008 o con la aprobación del RD-Ley 16/2012. En una segunda parte, haremos un estudio sincrónico de los principales indicadores, tratando de analizar la estructura de esta opinión según diversas variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el lugar de residencia, lugar de nacimiento, situación económica, escala ideológica, nivel de estudios alcanzado y estado de salud autopercebido.

8.1.1 Evolución de la opinión sobre la sanidad

Analizaremos la evolución de las principales variables que informan sobre la valoración del sistema sanitario. En este sentido, dividimos esta sección en seis apartados: la valoración general del sistema sanitario, de la atención primaria, de la atención especializada, de la atención en urgencias, de las listas de espera, y la comparación de la sanidad pública y la sanidad privada. En ocasiones trazaremos una “media” con las preguntas cualitativas (de escala ordinal), asociando el 1 a las respuestas más negativas, y los números superiores a las respuestas más positivas, eliminando los “no sabe” y “no contesta”. Esta medida, a pesar de no ser especialmente rigurosa por tratarse de variables ordinales, nos

servirá para resumir las respuestas en una serie temporal sencilla y fácil de analizar (Afifi y Clark, 1990).

Valoración general del sistema sanitario

Valoración del sistema sanitario español en general

La evolución de las respuestas a la pregunta: “*Vamos a centrarnos ahora en el tema de la sanidad. De las siguientes afirmaciones que aparecen en esta tarjeta, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario en nuestro país?* (MOSTRAR TARJETA)”, muestra cierto descenso de las opciones más favorables, en los últimos años de la crisis, especialmente a partir de 2012:

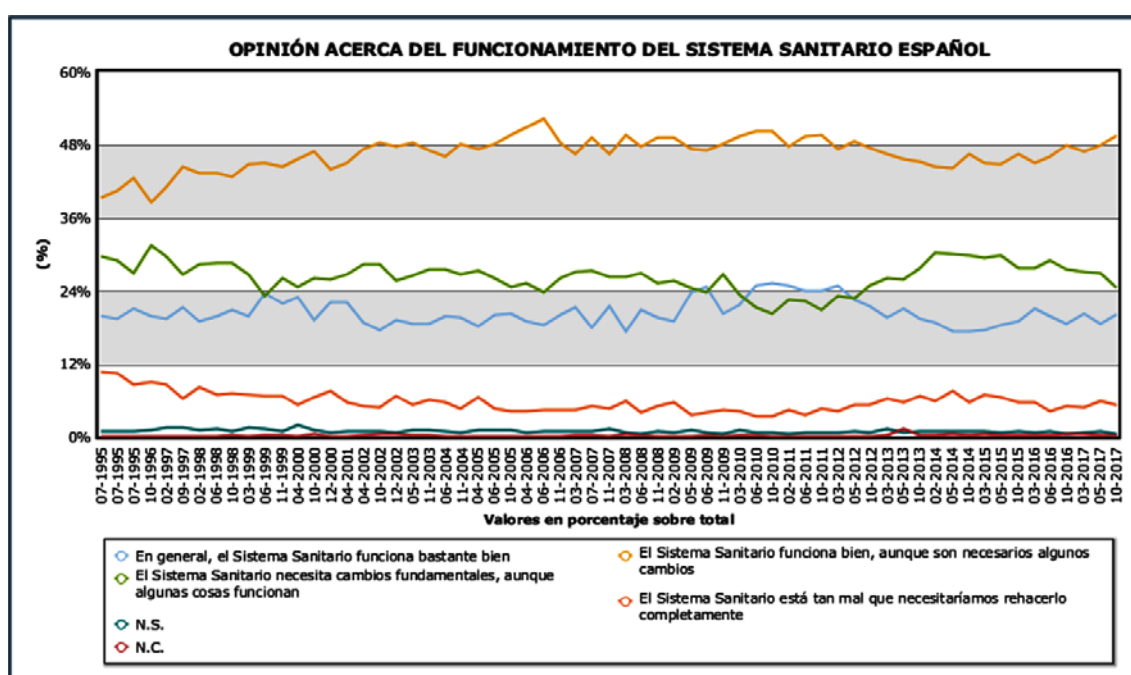


Gráfico 8.10. Opinión acerca del funcionamiento del sistema sanitario español (serie L.1.02.02.001).
Fuente: CIS.

Tal y como se observa, las opciones de repuesta más favorables “en general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien” y “el Sistema Sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios” muestran cierto descenso en su porcentaje de respuesta, coincidiendo con la entrada en vigor del RD-Ley

16/2012. En ambos casos el descenso es algo menor de 8 puntos entre 2012 y 2014. A su vez, la opción de repuesta algo más negativa “el Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan” aumenta también en torno a 8 puntos su porcentaje de repuesta en ese mismo período. A partir de 2014 y 2015, las tendencias vuelven a orientarse a como estaban antes del real decreto: las opciones más favorables vuelven a aumentar su porcentaje de respuesta, y la opción “el Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan” vuelve a decrecer. La opción más negativa de todas “el Sistema Sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente” apenas ha variado.

Trazaremos una media de estas respuestas, asignando un 4 a la primera respuesta, un 3 a la segunda, un 2 a la tercera y un 1 a la cuarta. La media nos sirve de indicador sencillo de la evolución de las opiniones como un todo.

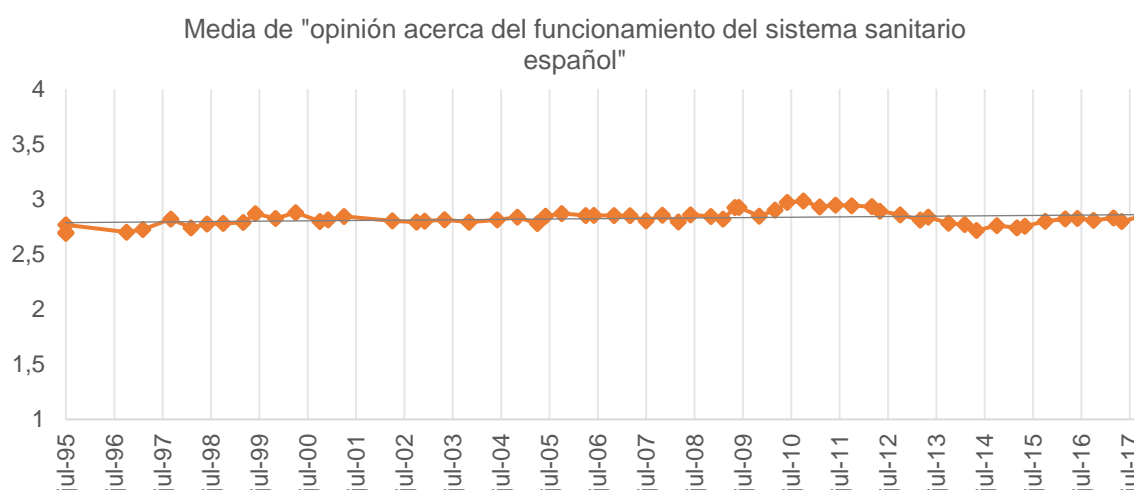


Gráfico 8.11. Opinión acerca del funcionamiento del sistema sanitario español (serie L.1.02.02.001).
Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

Vemos que la valoración oscila entre 2,7 y 3,0, que es positiva y con poca variación en todo el intervalo temporal analizado. No obstante, se observa cierto descenso en los años comentados, de 2012 a 2014, y la recuperación posterior de la tendencia creciente.

Hacemos notar que, a pesar de las variaciones comentadas, la opinión dominante hacia el Sistema Nacional de Salud ha sido positiva, ya que la opción de respuesta “el Sistema Sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios” ha sido la más contestada en toda la serie.

- **Valoración del sistema sanitario público**

El mismo patrón se observa con la pregunta “¿Está Ud. satisfecho/a o insatisfecho/a con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? Para contestarme, utilice esta tarjeta en la que el 1 significa que está Ud. “muy insatisfecho/a” y el 10 que está “muy satisfecho/a”. (MOSTRAR TARJETA)”, que sería una pregunta similar a la anterior, pero en escala cuantitativa. Aunque en esta pregunta se hace referencia al sistema sanitario público y en la anterior se preguntaba por el sistema sanitario en general, ambas repuestas son muy similares:

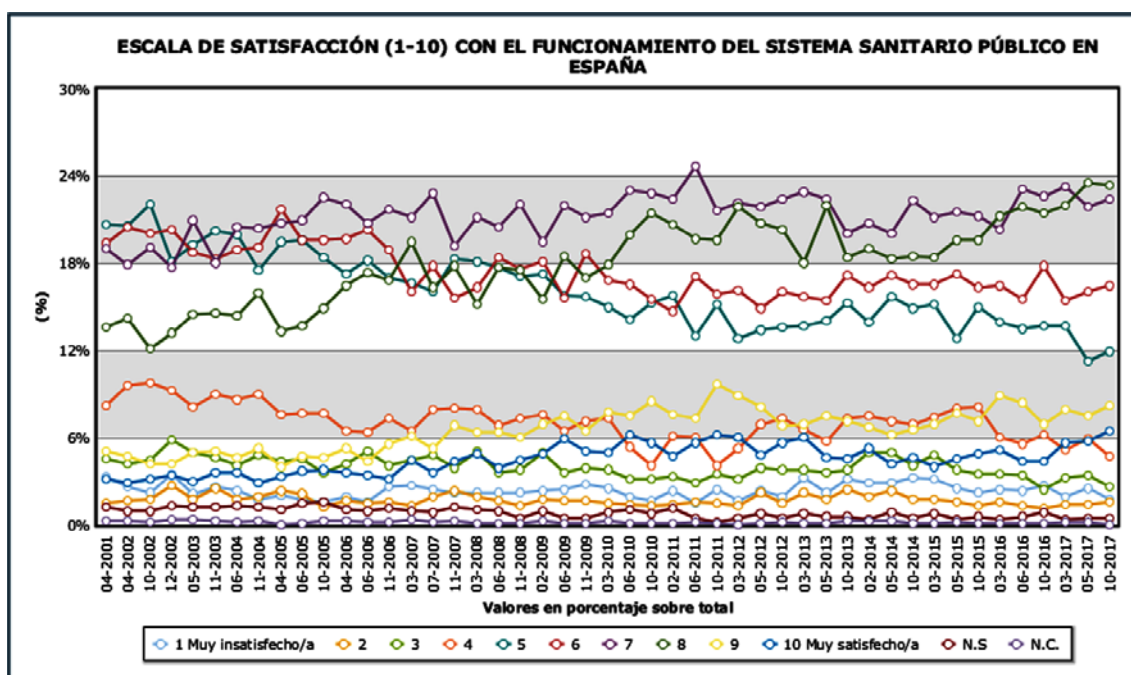


Gráfico 8.12. Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (serie L.1.02.02.002). Fuente: CIS.

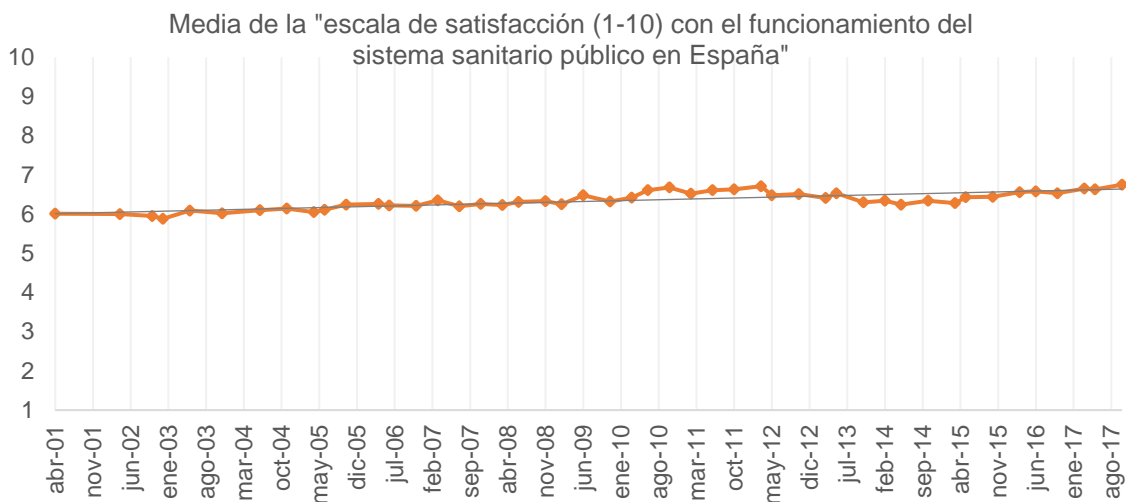


Gráfico 8.13. Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (serie L.1.02.02.002). Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

Vemos que la valoración media oscila entre 5,9 y 6,8, que es una variación menor a uno en el intervalo en el que se realizó la pregunta, desde el 2001 hasta el 2017. No obstante, como en la pregunta anterior analizada, se aprecia también cierto descenso de 0,5 entre 2012 y 2014, pasando de una media de valoración de 6,7 en marzo del 2012 a 6,2 en mayo del 2014. Igualmente se observa una recuperación posterior, llegando incluso al valor más alto de la media (6,8) en el último dato de la serie (octubre de 2017).

Esta visión general del sistema sanitario se desagrega en la valoración de diferentes aspectos, que detallaremos a continuación: la atención primaria, la atención especializada, la atención en urgencias, las listas de espera y la sanidad pública en comparación con la privada.

Valoración de la atención primaria

■ Valoración actual de la atención primaria

La pregunta “*Por su propia experiencia o por la idea que Ud. tenga, me gustaría que valorase los siguientes servicios sanitarios públicos. Para contestar, utilice por favor una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que le parece “totalmente*

insatisfactorio” y el 10 “totalmente satisfactorio” (MOSTRAR TARJETA)” pide al entrevistado que valore varios aspectos concretos de la sanidad, entre ellos la atención primaria. Los aspectos más concretos, como en este caso la atención primaria, muestran ser más estables en el tiempo que la valoración general del sistema sanitario:

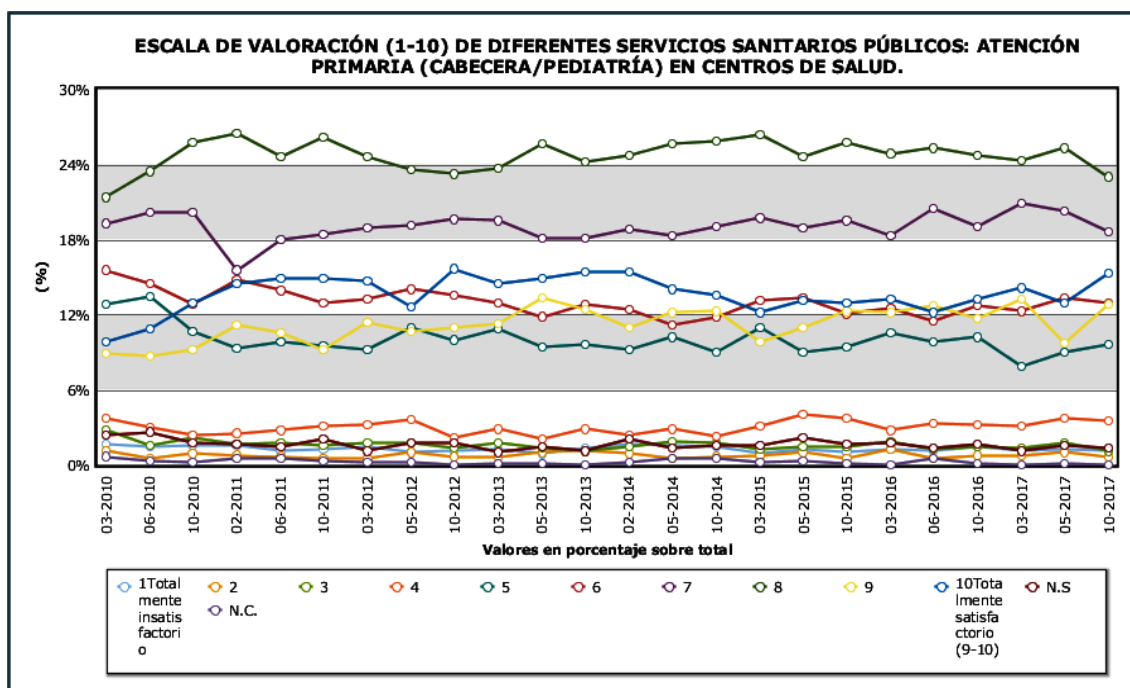


Gráfico 8.14. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención primaria (cabecera/pediatría) en centros de salud (serie L.1.04.01.028). Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

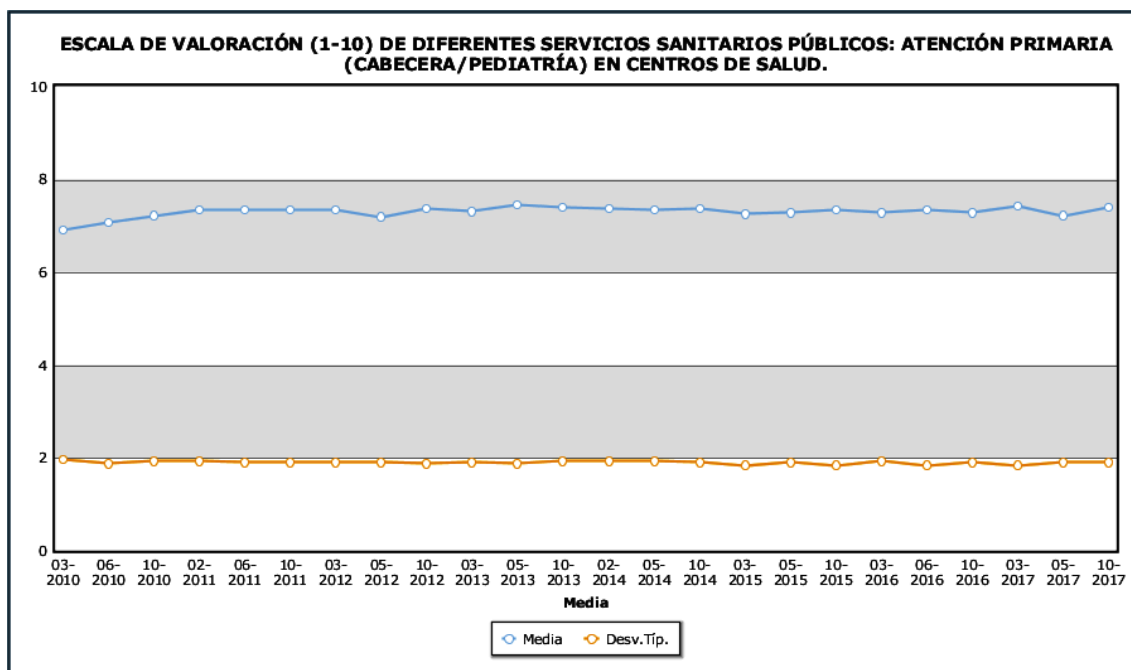


Gráfico 8.15. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención primaria (cabecera/pediatría) en centros de salud (serie L.1.04.01.028). Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

Como vemos, hay una variación muy pequeña de la media desde 2010 a 2017 (serie completa), que permanece en el intervalo 6,9 a 7,4. Además, se observa que se mantiene positiva.

- **Valoración retrospectiva de la atención primaria**

También existen una serie de preguntas en las que se pide al entrevistado la valoración retrospectiva sobre aspectos concretos de la sanidad, como en este caso la atención primaria. Las preguntas de valoración retrospectiva fueron recabadas entre 2004 y 2015, de manera que en la actualidad ya no se realizan. No obstante, creemos que son de gran interés; motivo por el cual las incluimos en el análisis. Veremos que, mientras que la valoración en presente apenas muestra cambios en el tiempo, la valoración retrospectiva registra considerables variaciones coincidentes con la crisis económica y la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012.

En el caso de la atención primaria, la pregunta planteada era “*En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?*” Y la evolución de su valoración es la siguiente:

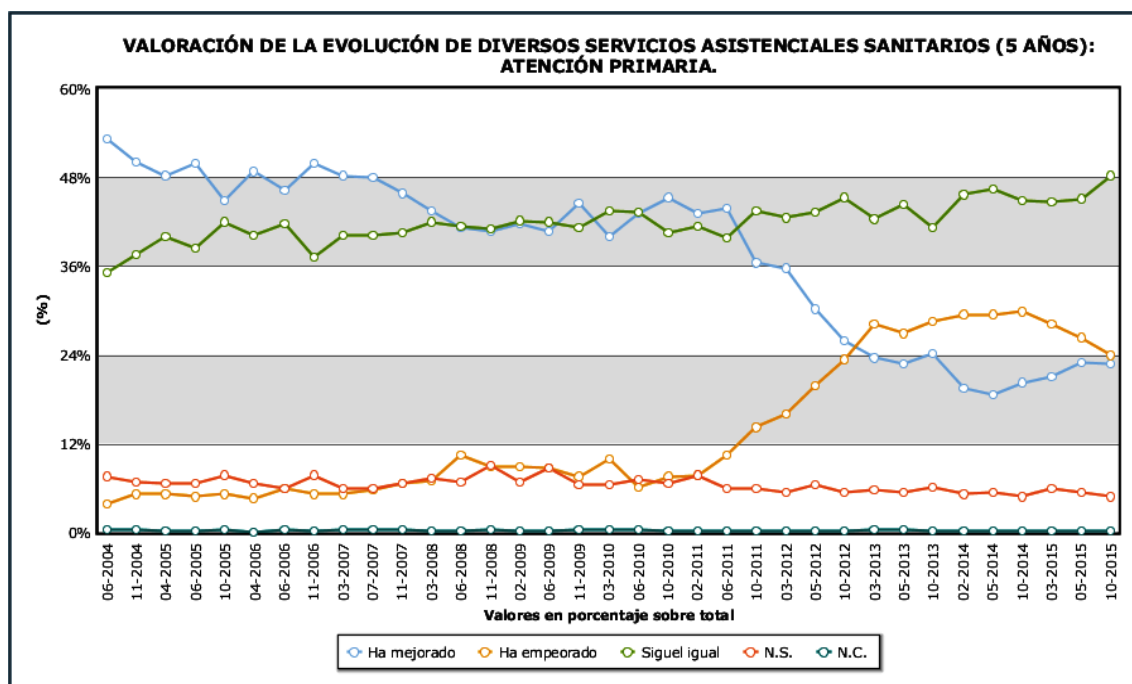


Gráfico 8.16. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): atención primaria (serie L.1.04.01.025). Fuente: CIS.

Recordemos que no se le pregunta, al encuestado, por su valoración actual, sino por cómo ha sido la evolución del servicio en comparación a cómo era hace cinco años. Vemos que a partir de 2010 la opción “ha empeorado” aumenta considerablemente en porcentaje, mientras que la opción “ha mejorado” disminuye en una medida parecida. De junio de 2010 a octubre de 2014 el aumento es de 23,8 puntos. No obstante, también se observa que esta tendencia empieza a revertirse desde finales de 2014. Pero esta observación resulta cuanto menos paradójica. Si aumentan los que creen que la atención primaria ha empeorado, cabría esperar que la valoración (en presente) de la atención primaria también hubiera empeorado, pero no se observa tal fenómeno, ya que se ha mantenido estable y positiva (media entre 6,9 y 7,4) en toda la serie. Este

aumento de los que creen que ha empeorado la atención primaria coincide con los años de la crisis, y un año previo a la aprobación del RD-Ley 16/2012.

Valoración de la atención especializada

■ Valoración actual de la atención especializada

La misma estabilidad en la opinión actual se observa cuando se pregunta por la atención especializada, con una variación de la media aun más reducida que en la serie anterior, de 6,5 a 6,9:

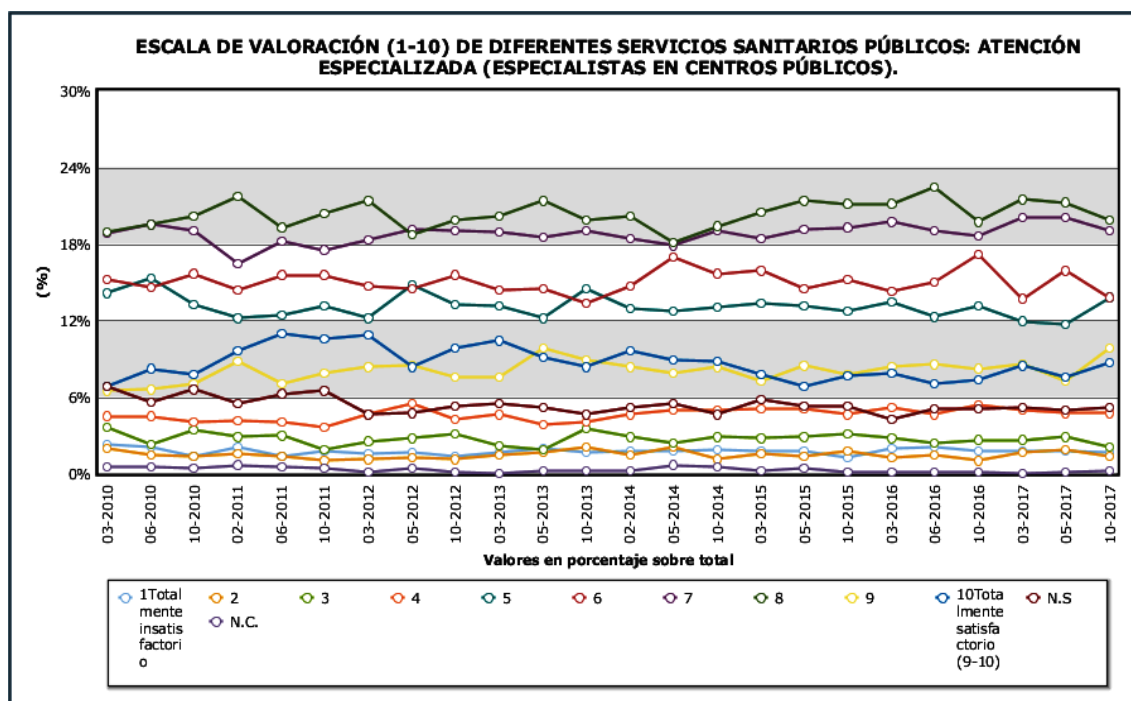


Gráfico 8.17. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención especializada (especialistas en centros públicos) (serie L.1.04.01.029). Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

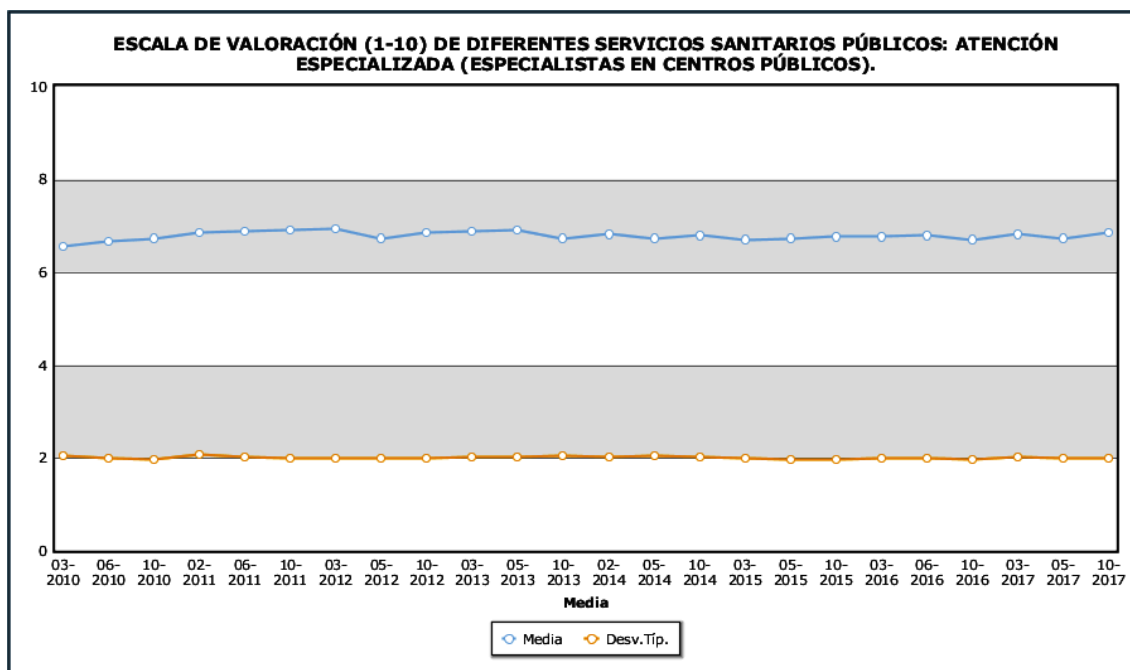


Gráfico 8.18. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención especializada (especialistas en centros públicos) (serie L.1.04.01.029). Media y desviación típica. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

La valoración en presente de la atención especializada se plantea en la pregunta: *“Por su propia experiencia o por la idea que Ud. tenga, me gustaría que valorase los siguientes servicios sanitarios públicos. Para contestar, utilice por favor una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que le parece “totalmente insatisfactorio” y el 10 “totalmente satisfactorio” (MOSTRAR TARJETA).*

- **Valoración retrospectiva de la atención especializada**

Vemos el mismo patrón curioso: la valoración en presente de la atención especializada es estable y positiva en el tiempo. Pero, al mismo tiempo, entre 2010 y 2014 aumenta considerablemente el porcentaje de personas que creen que la atención especializada empeoró en los últimos 5 años. En este caso el aumento entre junio de 2010 a octubre de 2014 es de 30,3 puntos. Esto sugiere que la concepción sobre la evolución de diversos servicios sanitarios (como en este caso la atención especializada) no depende sólo de sus posibles cambios objetivos, sino que tiene raíces más profundas. El evolutivo correspondiente a la

valoración retrospectiva de la atención especializada queda como muestra el gráfico 8.10:

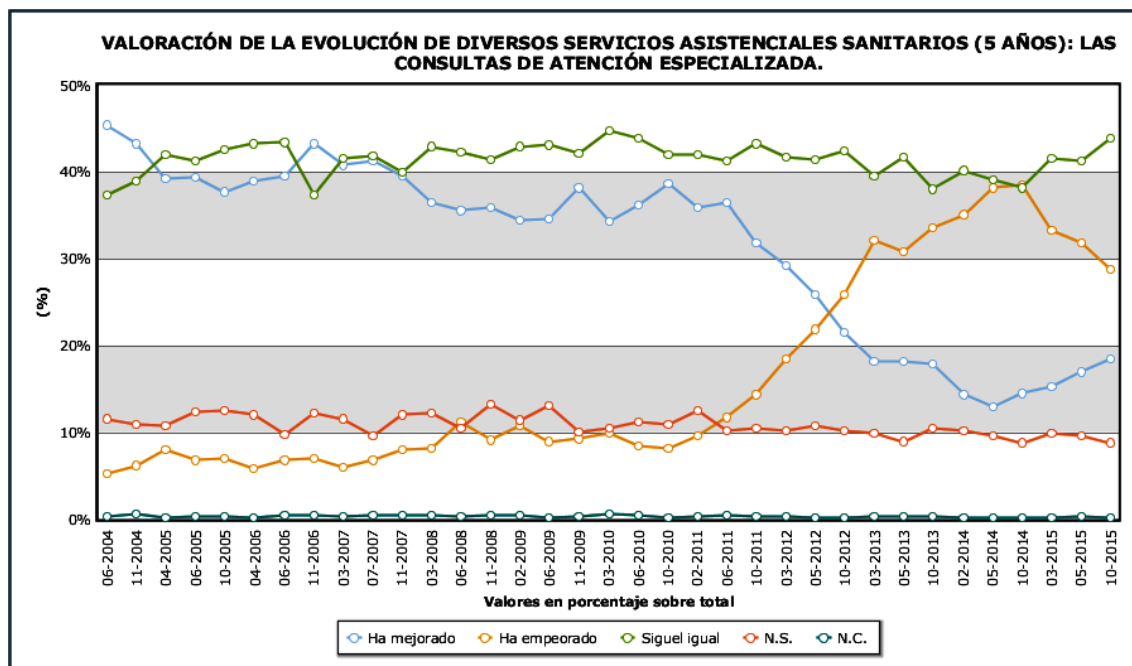


Gráfico 8.19. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): las consultas de atención especializada (serie L.1.04.01.026). Fuente: CIS.

La pregunta mediante la cual se pide que valore la evolución de la atención especializada es: “En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?”.

Valoración de la atención en urgencias

■ Valoración actual de la atención en urgencias

Cuando se pregunta por otro aspecto concreto, la atención en urgencias, se observa igualmente una clara estabilidad en el tiempo, con una media que oscila entre 5,8 y 6,2. El real decreto que parece haber afectado negativamente en la opinión general de la sanidad, no lo ha hecho en aspectos más concretos, como es la atención en urgencias. La valoración entre 2010 y 2017 resulta como recogen los gráficos siguientes:

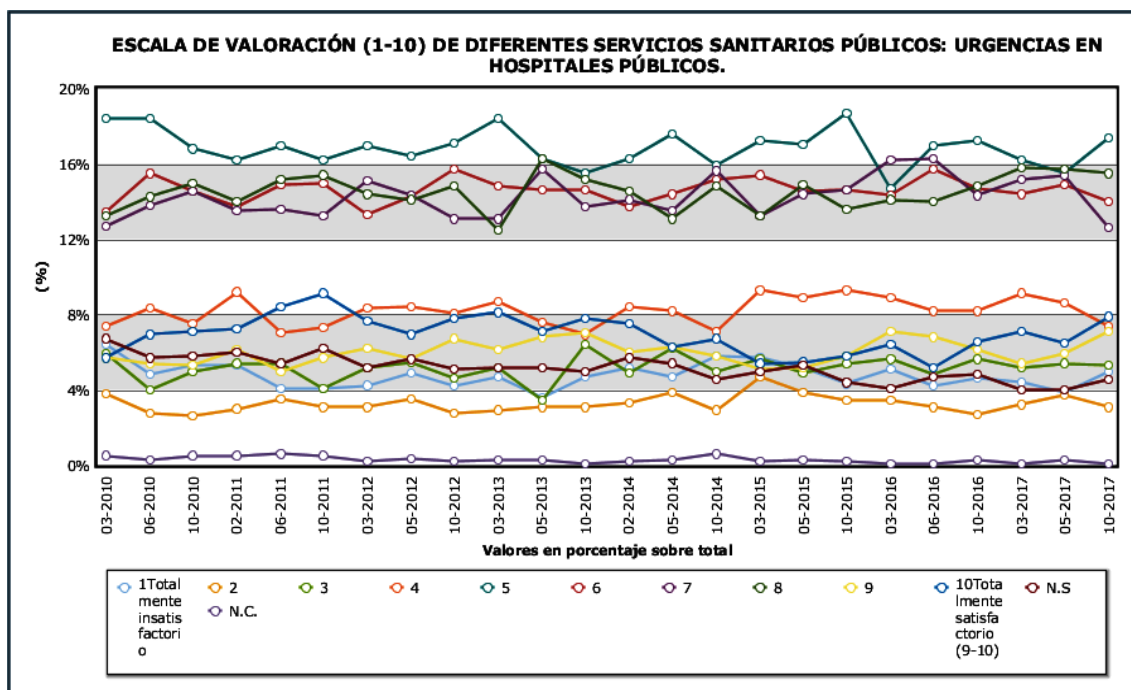


Gráfico 8.20. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: urgencias en hospitales públicos (serie L.1.04.01.030). Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

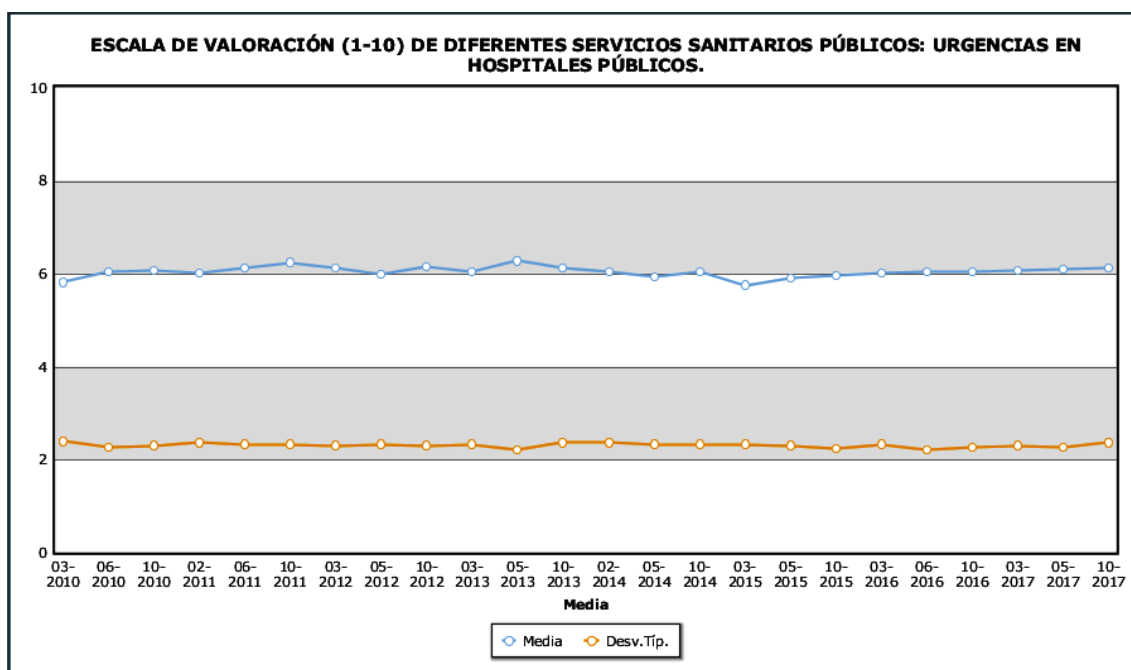


Gráfico 8.21. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: urgencias en hospitales públicos (serie L.1.04.01.030). Media y desviación típica. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.

La pregunta que se plantea al entrevistado para este aspecto es: *“Por su propia experiencia o por la idea que Ud. tenga, me gustaría que valorase los siguientes servicios sanitarios públicos. Para contestar, utilice por favor una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que le parece “totalmente insatisfactorio” y el 10 “totalmente satisfactorio” (MOSTRAR TARJETA).*

- Valoración retrospectiva de la atención en urgencias

En este caso no tenemos la pregunta análoga con su valoración retrospectiva, sino una sobre los servicios de urgencias en general (gráfico 8.13) y otra sobre los servicios hospitalarios en general (gráfico 8.14). Pero, en ambos casos, se observa el mismo fenómeno comentado: aumento del porcentaje de personas que creen que los servicios por los que se pregunta han empeorado en los 5 años anteriores. Hecho que contrasta con la valoración positiva y sin apenas variaciones de los servicios de urgencias hospitalarias, cuando se pide la valoración en presente. En el caso de los servicios de urgencias, la serie empieza desde una fecha algo más reciente, marzo de 2012. Pero igualmente se aprecia el crecimiento, desde el inicio de la serie, de los que creen que estos servicios han empeorado en los 5 años anteriores. Desde marzo de 2012 hasta marzo de 2015 el aumento es de 19,8 puntos. Hacemos notar que de nuevo, a partir de 2014 y de 2015, los que creen que los servicios han empeorado vuelven a disminuir.

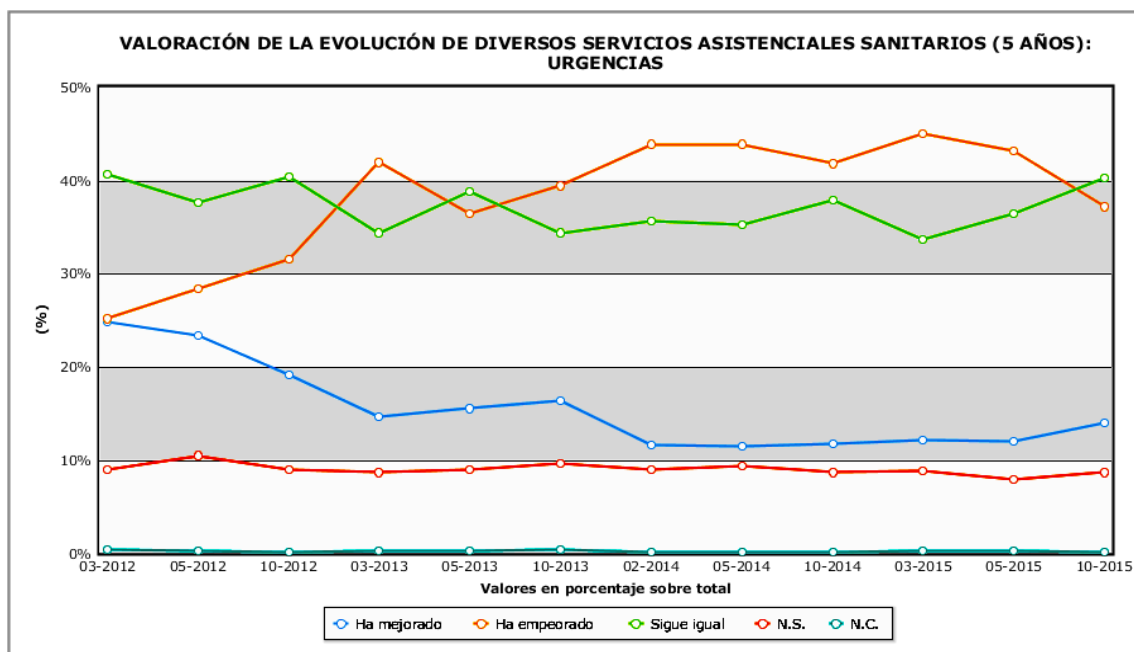


Gráfico 8.22. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): urgencias (serie L.1.04.01.037). Fuente: CIS

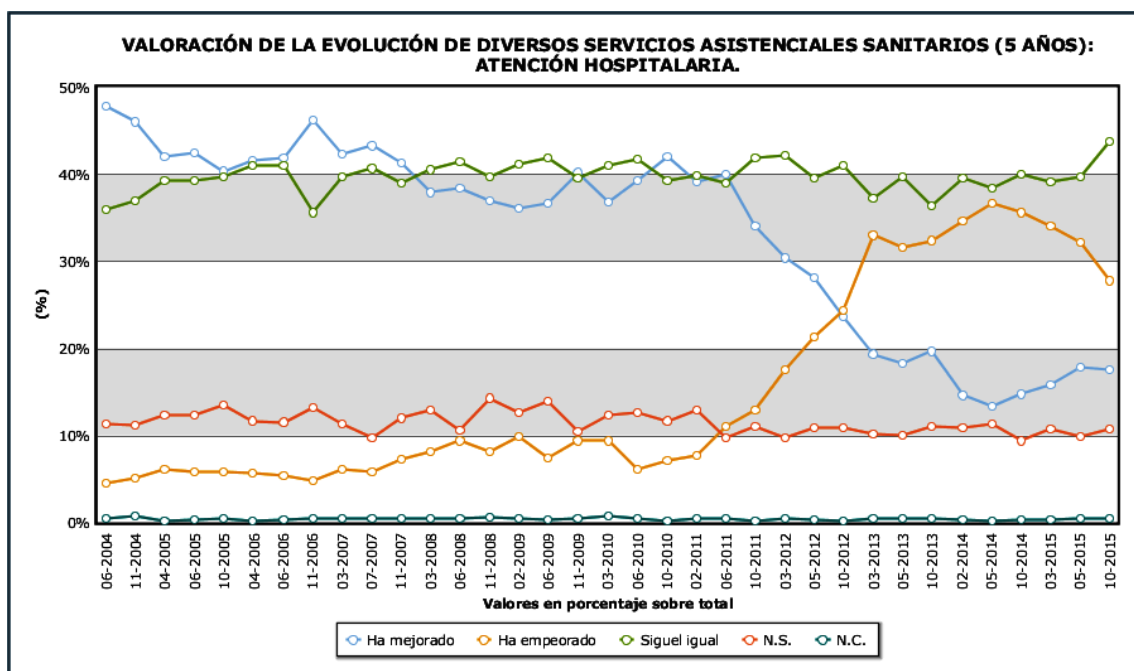


Gráfico 8.23. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): atención hospitalaria (serie L.1.04.01.027). Fuente: CIS

Ambas preguntas sobre la valoración retrospectiva se plantean en la pregunta: *“En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual respecto a los últimos cinco años?”*.

Valoración de las listas de espera

■ Valoración actual de las listas de espera

Las listas de espera han sido uno de los problemas más acuciantes a los que se ha visto sometida la sanidad pública. Es por ello que la opinión de los ciudadanos sobre este particular es especialmente interesante. Además veremos que, aunque el comportamiento de esta variable es en parte similar a las que hemos señalado con anterioridad, tiene otros matices relevantes. Cuando se pregunta en presente, la valoración de las listas de espera resulta relativamente positiva y estable en el tiempo:

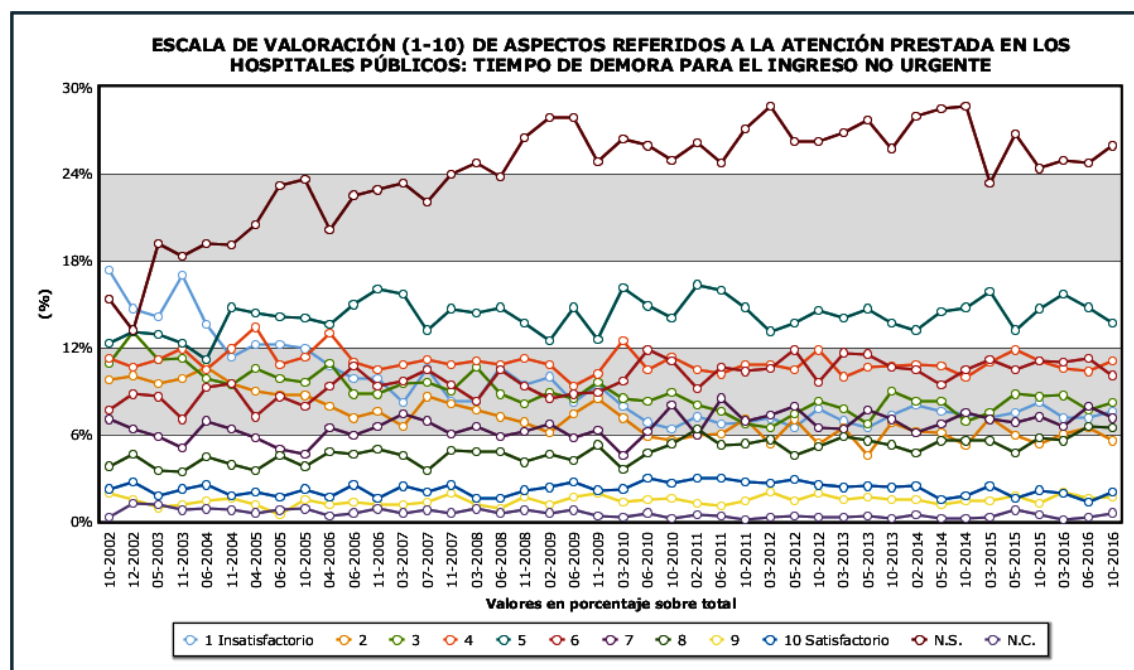


Gráfico 8.24. Escala de valoración (1-10) de aspectos referidos a la atención prestada en los hospitales públicos: tiempo de demora para el ingreso no urgente (serie L.1.04.04.047). Fuente: CIS

Lo que más llama la atención de esta serie es la opción “No sabe”, que prácticamente es la más escogida a lo largo de la serie, y además muestra una tendencia creciente en el tiempo. Fijémonos que en las series temporales vistas con anterioridad el “No sabe”, en el caso de los servicios más frecuentemente usados, no alcanzaba el 3%, y en las valoraciones retrospectivas aumentaba para situarse alrededor del 10%. Sin embargo, en esta serie pasa del 13% en 2002 hasta superar el 20% desde el 2005 en adelante. En parte este comportamiento puede interpretarse a partir de la frecuencia de uso de los servicios. Pero, también cabe señalar que el debate político y social sobre el tema puede generar cierta incertidumbre. La media obtenida sigue la evolución que recoge el gráfico 8.16:

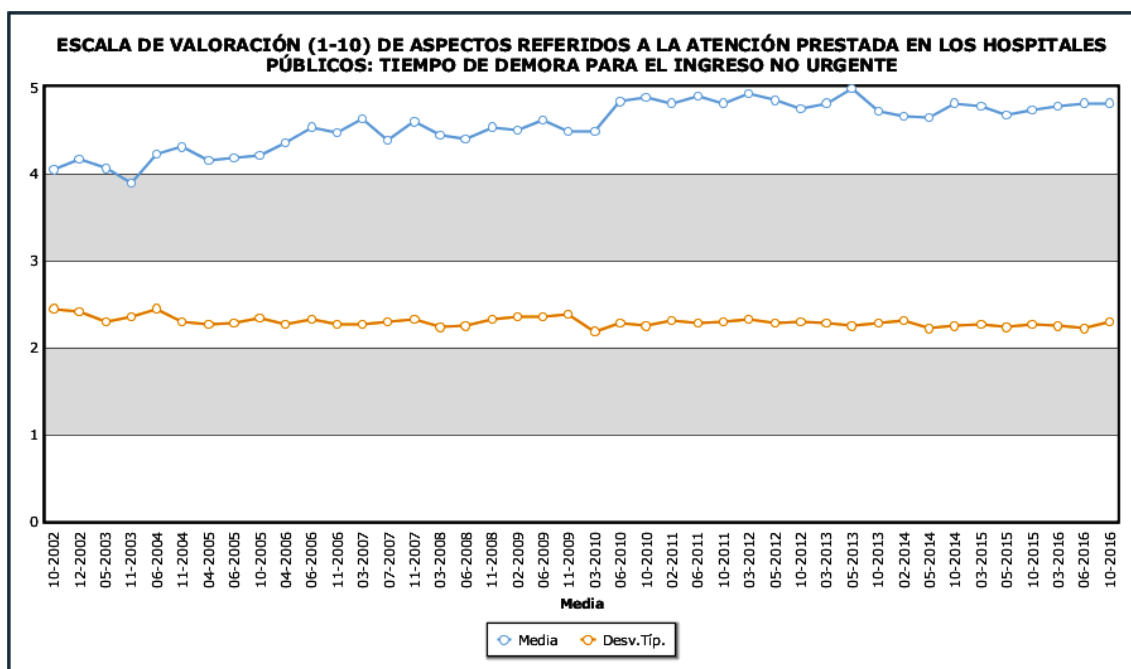


Gráfico 8.25. Escala de valoración (1-10) de aspectos referidos a la atención prestada en los hospitales públicos: tiempo de demora para el ingreso no urgente (serie L.1.04.04.047). Media y desviación típica. Fuente: CIS

Aquí vemos una pequeña diferencia respecto a los otros aspectos consultados, y es que la media, aunque con variaciones menores, es ligeramente creciente. Pasa de ser en torno a 4 en 2002, a rondar el 5 (sin llegar a alcanzarlo) en 2013, quedándose en el 4,8 en los últimos años de la serie. Las listas de espera en los

hospitales públicos no “aprueban”, aunque hayan mejorado muy ligeramente en el tiempo.

La pregunta que se plantea al entrevistado para este aspecto es: *“Por su experiencia personal o por la idea que Ud. tenga, quisiera que valorase los siguientes aspectos de la asistencia que se presta en los hospitales públicos, utilizando la misma escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora 'totalmente insatisfactorio' y el 10 que lo valora 'totalmente satisfactorio'”*

- **Valoración retrospectiva de las listas de espera**

La valoración retrospectiva de las listas de espera, sin embargo, muestra un comportamiento muy similar al visto con otras valoraciones retrospectivas. En el capítulo 7, cuando estudiábamos el estado de la salud, habíamos señalado el considerable aumento de la asistencia en urgencias, tanto en la atención primaria como en la especializada. Si bien asociamos ese aumento a la exclusión de un sector de la población del derecho a la atención primaria y especializada (pudiendo ser atendidos sólo en urgencias), provocado por la aprobación del RD-Ley 16/2012, hacemos notar también este fenómeno de una mayor concepción de que la situación de las listas de espera ha empeorado como posible factor que haya contribuido a que la gente acuda más al médico por la vía de las urgencias, y evitar así la espera.

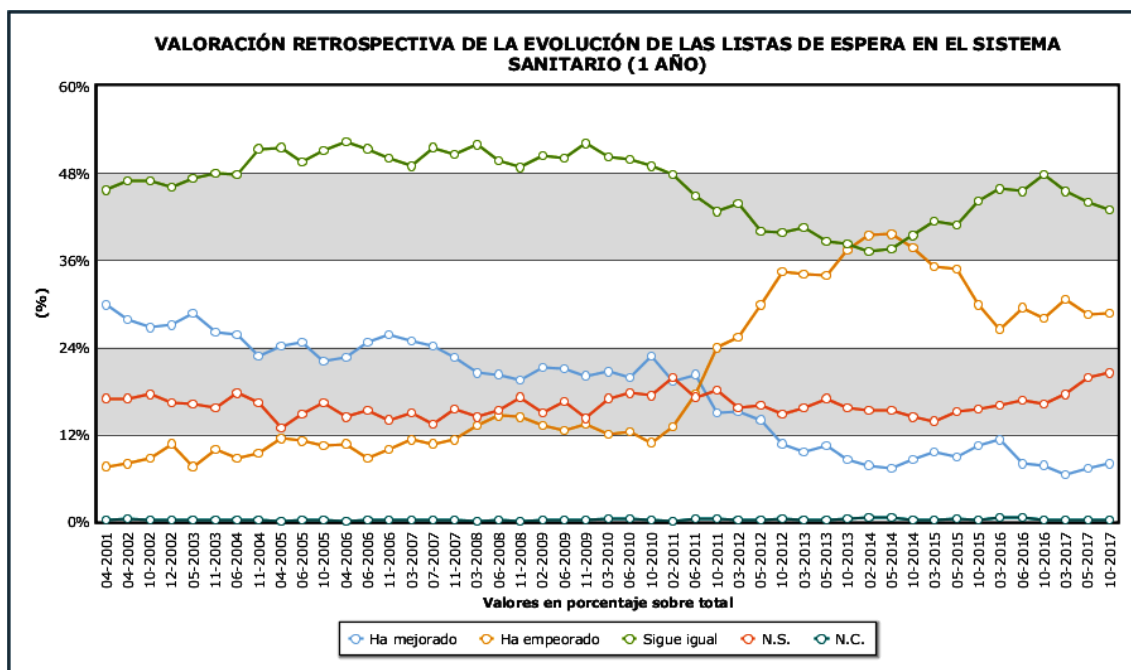


Gráfico 8.26. Valoración retrospectiva de la evolución de las listas de espera en el sistema sanitario (1 año) (serie L.1.04.06.003). Fuente: CIS

La pregunta planteada al entrevistado en este caso es “En general, ¿cree Ud. que, durante los últimos doce meses, el problema de las listas de espera...?”. Hacemos notar que en este caso no se pregunta en relación con cinco años atrás, como vimos con la atención primaria, la especializada o la hospitalaria, sino que se pregunta con relación al año anterior. A pesar de eso el comportamiento es muy parecido al de esas otras valoraciones retrospectivas.

Sanidad pública versus sanidad privada

Otro de los temas de debate reciente es el dilema entre sanidad privada y sanidad pública, y también la privatización de la gestión de la sanidad pública.

A pesar del debate público, el análisis de las encuestas del CIS muestra que no han existido cambios importantes en la apreciación de estos aspectos, tal y como se aprecia en las siguientes series. Igualmente vamos a comentar la evolución de las preferencias de los ciudadanos a la hora de elegir entre una sanidad

privada o pública para mostrar que no han cambiado. Distinguiremos las variables según tengan mejor valoración de la sanidad privada o pública.

Estas respuestas que analizaremos a continuación se incluyen en la pregunta *“Le voy a leer una serie de motivos por los que la gente puede elegir un servicio sanitario público o uno privado. En su caso particular, y siempre en el caso de que Ud. pudiese elegir, ¿elegiría un servicio sanitario público o uno privado teniendo en cuenta...?”*.

- Aspectos preferidos en la sanidad privada

El confort de las instalaciones es uno de los aspectos por el que los ciudadanos prefieren la sanidad privada:

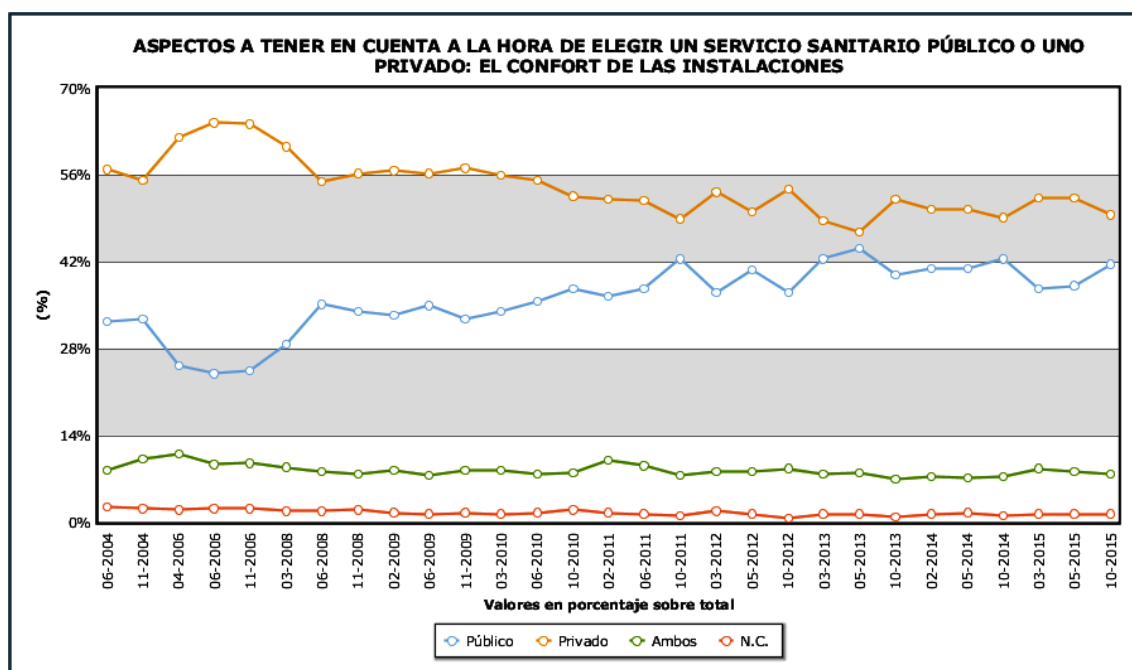


Gráfico 8.27. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: el confort de las instalaciones (serie L.1.04.02.044). Fuente: CIS

Como vemos, a lo largo de todo el tiempo de análisis, entre 2004 y 2015, los ciudadanos señalan que, en cuanto al confort, la sanidad privada es mejor. Ahora bien, la diferencia en esa apreciación tiende a disminuir con el tiempo, de manera

que a principio de la serie la ventaja de la sanidad privada es mucho mayor que al final de la misma, en donde la sanidad pública se acerca en preferencia.

Otro aspecto en el que se prefiere la sanidad privada es la rapidez con la que se atiende, como se observa en el siguiente evolutivo que recoge el gráfico 8.19:

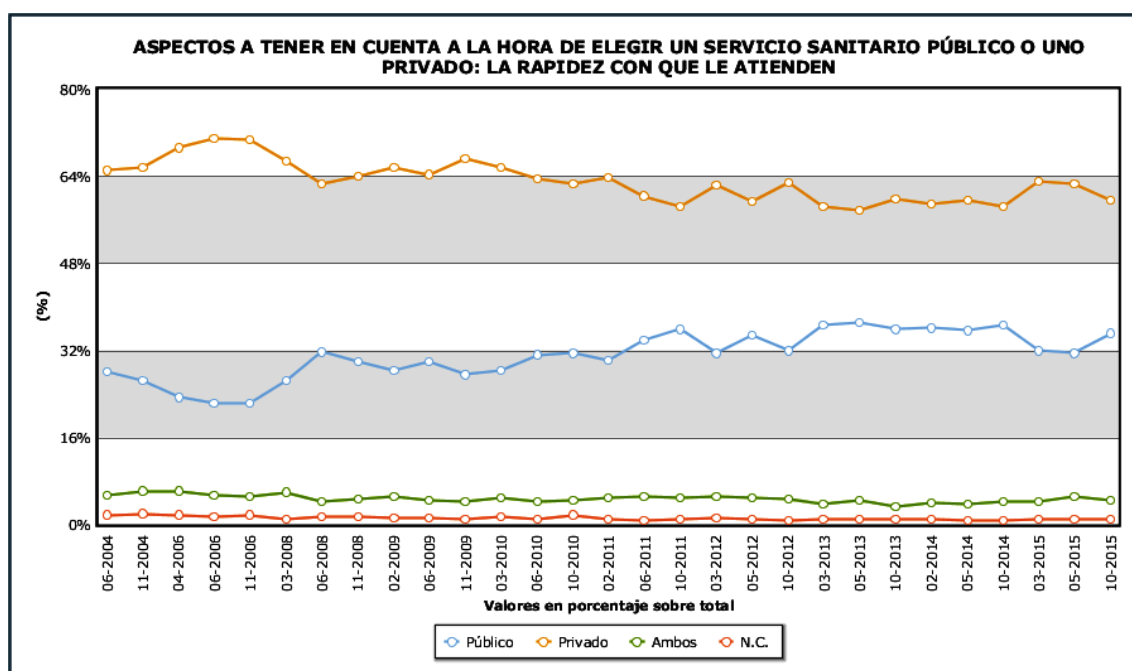


Gráfico 8.28. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: la rapidez con que le atienden (serie L.1.04.02.041). Fuente: CIS

De nuevo, aquí esa preferencia se mantiene a lo largo de toda la serie, pero también tiende a disminuir a pesar de algunas oscilaciones, de forma que la sanidad pública mejora su posición con el tiempo.

▪ Aspectos preferidos en la sanidad pública

Un aspecto en el que la sanidad privada era preferida, pero que se ha visto sobrepasada por la sanidad pública, es el trato personal. Parece que cada vez más personas prefieren el trato que está recibiendo por parte del personal médico de la sanidad pública:

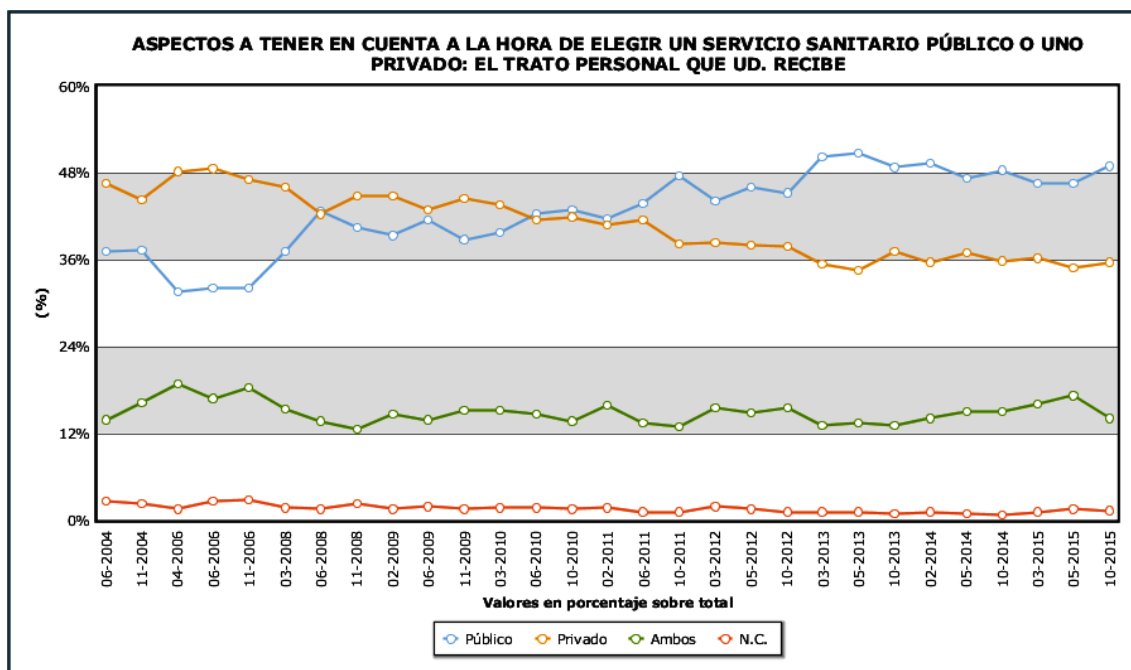


Gráfico 8.29. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: el trato personal que ud. recibe (serie L.1.04.02.043). Fuente: CIS

También, cada vez se prefiere más la sanidad pública según la información que se recibe sobre el problema de salud:

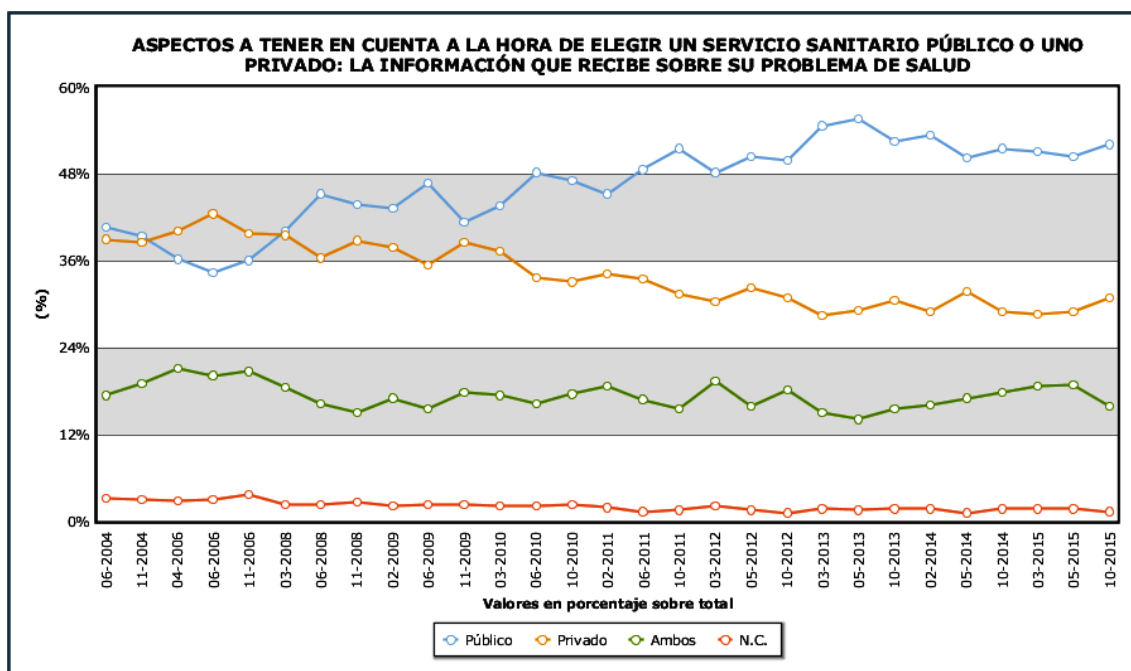


Gráfico 8.30. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la información que recibe sobre su problema de salud (serie L.1.04.02.042). Fuente: CIS

Lo mismo ocurre si atendemos a la capacitación de los profesionales sanitarios, tanto de los médicos/as (gráfico 8.22) como de los enfermeros/as (gráfico 8.23), donde es preferida la sanidad pública, y además de forma creciente:

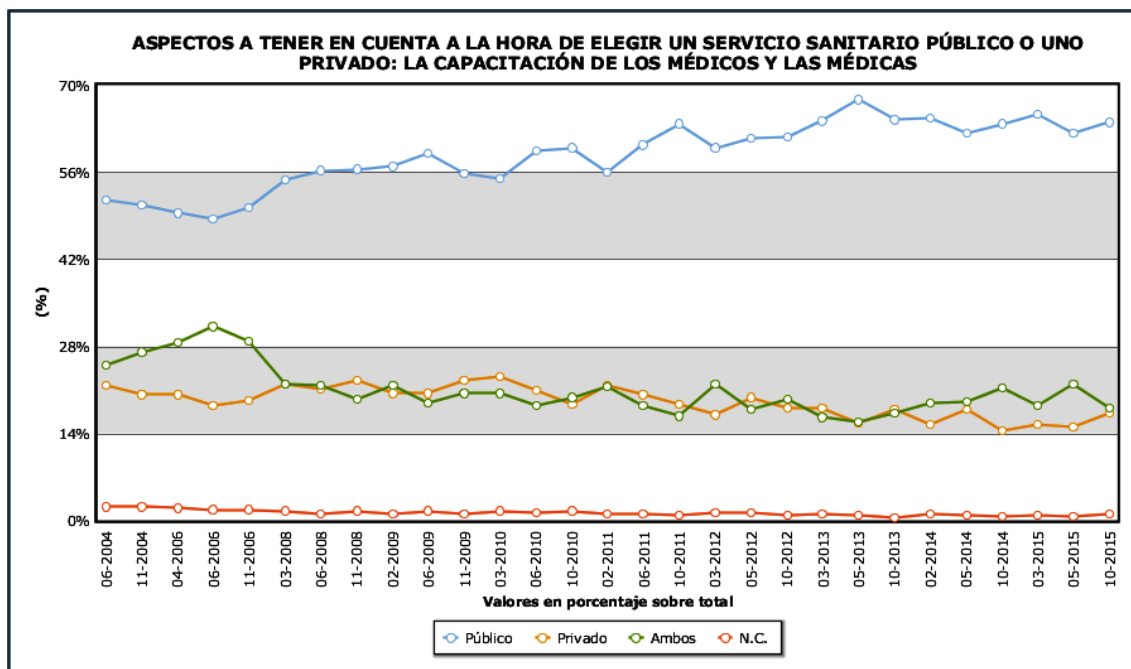


Gráfico 8.22. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la capacitación de los médicos y las médicas (serie L.1.04.02.039). Fuente: CIS

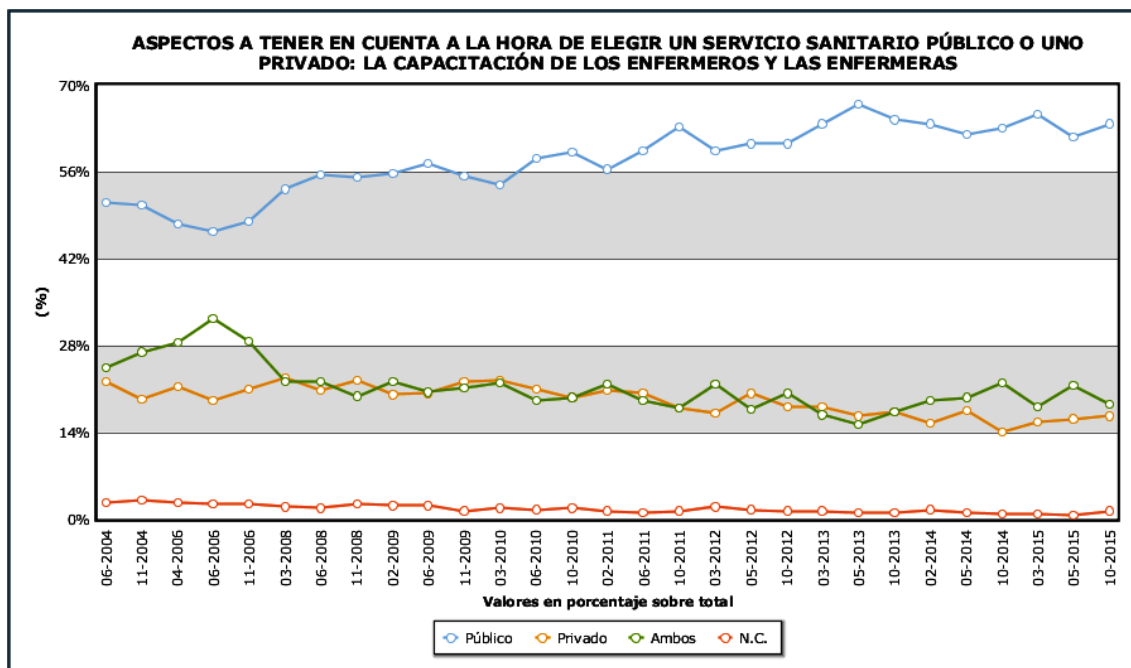


Gráfico 8.31. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la capacitación de los enfermeros y las enfermeras (serie L.1.04.02.040). Fuente: CIS

Por último, comentar que se prefiere la sanidad pública, si se tiene en cuenta la tecnología y los medios de los que se dispone. Aunque la tendencia es algo menos pronunciada que en series anteriores, es creciente en el tiempo también:

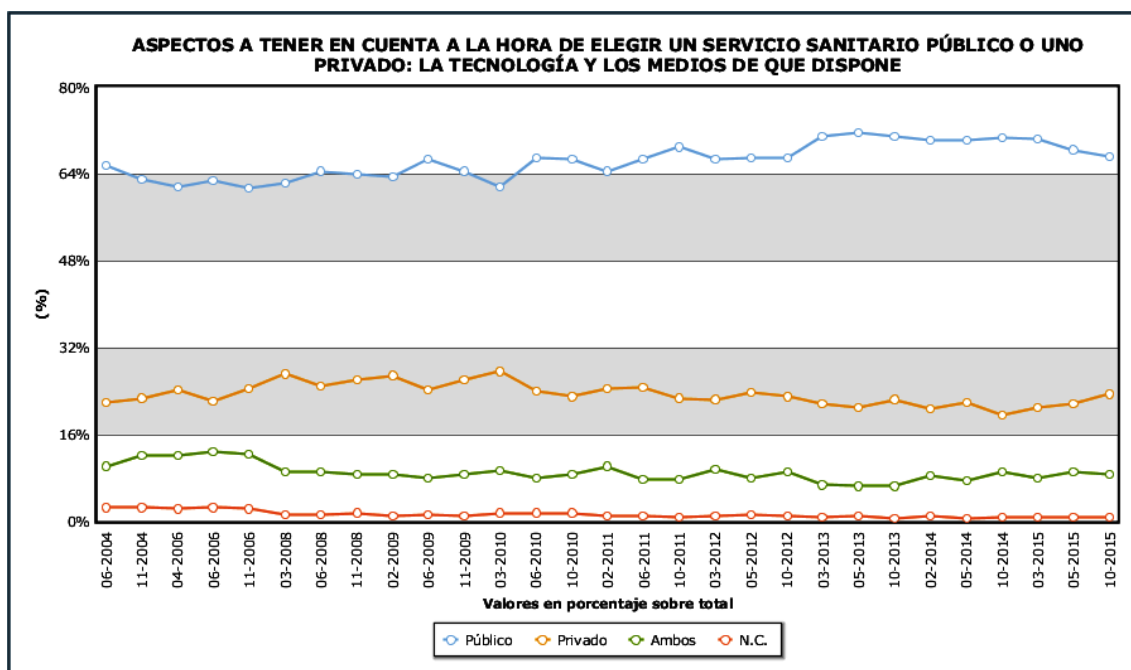


Gráfico 8.32. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la tecnología y los medios de que dispone (serie L.1.04.02.038). Fuente: CIS

8.1.2. Análisis de la opinión en 2018

Para analizar la opinión en un determinado instante describiremos con cierto detalle el barómetro sanitario correspondiente a 2018 (las tres oleadas), que es el último disponible. Las principales propiedades que se observan en 2018, es que la valoración de la sanidad por los ciudadanos se caracteriza por:

1º, la valoración relativamente positiva,

2º, la homogeneidad de esa opinión.

Los ciudadanos valoran positivamente el funcionamiento de la sanidad, y hay muy pocas diferencias en esa valoración cuando las desagregamos por diversas variables sociodemográficas o de la percepción de la salud. Precisamente como no se ha observado ninguna variación bivariable relevante, se ha decidido no

proseguir con análisis multivariantes, dado el escaso o nulo efecto predictivo de las variables analizadas. No obstante, detallaremos algunas tablas de contingencia con respecto a varias variables, para ilustrar nuestras dos afirmaciones.

Para establecer la valoración del sistema sanitario público español, hemos escogido la pregunta P.3 *¿Está Ud. satisfecho/a o insatisfecho/a con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? Para contestarme, utilice esta tarjeta en la que el 1 significa que está Ud. "muy insatisfecho/a" y el 10 que está "muy satisfecho/a". (MOSTRAR TARJETA)*. Esta pregunta tiene la ventaja de que realiza una valoración cuantitativa, de 1 a 10, que permite extraer medias y facilita la comparación. Fijémonos que esta pregunta se refiere al sistema sanitario público, y no al sistema sanitario en general.

Los colores con los que hemos ilustrado las tablas de contingencia nos informan de la magnitud de los elementos de la tabla, de manera que los tonos verdes suponen un alto porcentaje y los rojos un porcentaje bajo. Se muestran los porcentajes por columna.

Edad, sexo y estado civil

Cuando comparamos la respuesta a la pregunta P.3 por grupos de edad (los datos están detallados por años, pero se han agrupado para facilitar el análisis), vemos que hay muy pocas diferencias en la valoración según la edad:

Tabla 8.1. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "edad de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Edad de la persona entrevistada						Total
		18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70≤	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	1,3	3,0	3,1	2,8	2,1	1,6	2,4
	2	1,1	1,3	1,1	1,5	1,6	0,9	1,2
	3	2,5	3,5	3,7	3,0	2,1	2,3	2,9
	4	7,7	6,2	4,8	7,1	3,5	3,0	5,4
	5	12,6	14,0	14,1	15,9	15,3	8,9	13,5
	6	20,6	19,6	18,8	18,2	15,6	10,5	17,2
	7	28,8	23,7	25,3	23,4	22,0	19,6	23,8
	8	16,8	19,1	18,6	18,6	22,5	29,9	20,8
	9	3,9	5,0	5,4	4,6	8,1	10,1	6,2
	10	3,7	4,0	4,4	4,1	6,4	11,5	5,7
	N.S.	0,9	0,5	0,6	0,7	0,8	1,6	0,8
	N.C.	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1
	Total	1165	1249	1506	1369	1121	1278	7688
	Media	6,4	6,3	6,4	6,3	6,7	7,1	6,5

Si representamos la media para cada grupo de edad, obtenemos el siguiente gráfico:

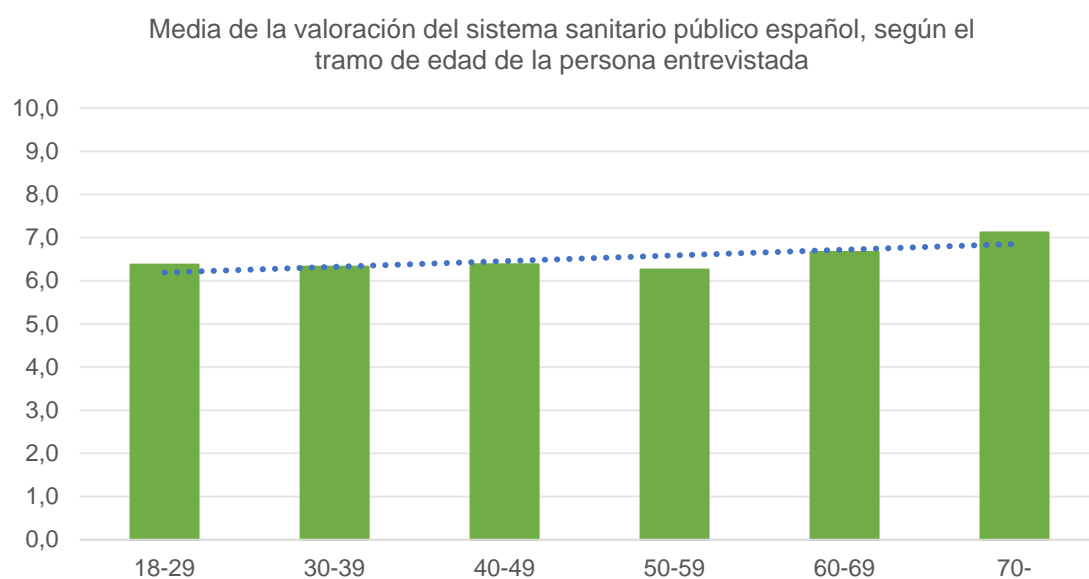


Gráfico 8.335. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el tramo de edad de la persona entrevistada. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS

Se observa una ligera tendencia creciente en la valoración con la edad, pero esta es muy sutil. Entre la media mayor que se corresponde a 70 años o más (7,1) y la media menor que se corresponde a los grupos de 30-39 y 50-59 años (6,3), hay una diferencia únicamente de 0,8. Vemos que la estructura de las respuestas en porcentaje es muy similar, como ocurre también con las medias.

Si detallamos las respuestas de la P.3 por sexo, vemos que la identidad es casi total, de forma que la media en ambos casos es la misma, y la distribución es también extremadamente similar. Hombres y mujeres valoran de forma muy similar el funcionamiento del sistema sanitario:

Tabla 8.2. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español" y "sexo de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Sexo de la persona entrevistada		Total
		Hombre	Mujer	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	2,7	2,0	2,4
	2	1,0	1,5	1,2
	3	2,9	2,9	2,9
	4	5,3	5,5	5,4
	5	12,1	14,8	13,5
	6	17,2	17,3	17,3
	7	24,4	23,3	23,8
	8	22,3	19,5	20,8
	9	5,8	6,5	6,2
	10	5,3	6,0	5,7
	N.S.	0,9	0,8	0,8
	N.C.	0,1	0,1	0,1
Total	3730	3956	7686	
Media	6,5	6,5	6,5	

El estado civil tampoco determina la valoración del sistema sanitario, con la salvedad de los viudos y viudas, que valoran algo mejor el funcionamiento del sistema sanitario que el resto de categorías. Esta valoración ligeramente anómala está vinculada con la edad; ya vimos con anterioridad que las personas mayores también valoraban mejor el sistema sanitario.

Tabla 8.2. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español" y "estado civil de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Estado civil de la persona entrevistada						Total
		Casado/a	Soltero/a	Viudo/a	Separado/a	Divorciado/a	N.C.	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	2,2	2,5	1,0	3,3	4,3	0,0	2,4
	2	1,3	1,2	1,6	1,1	0,5	0,0	1,2
	3	2,9	3,0	2,3	2,2	3,3	8,3	2,9
	4	5,2	6,6	1,9	3,8	7,0	0,0	5,4
	5	14,0	12,8	8,7	18,1	16,3	25,0	13,5
	6	16,3	20,3	10,3	19,2	17,1	25,0	17,2
	7	22,8	26,6	22,0	22,0	20,1	16,7	23,8
	8	22,2	17,5	28,1	15,9	19,5	16,7	20,8
	9	6,8	4,6	9,4	6,0	5,7	0,0	6,2
	10	5,5	4,0	13,1	7,1	6,2	8,3	5,7
	N.S.	0,8	0,9	1,6	1,1	0,0	0,0	0,8
	N.C.	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total		4093	2458	573	182	369	12	7687
Media		6,5	6,3	7,2	6,4	6,4	6,3	6,5

Lugar de residencia y origen del encuestado

Tanto la comunidad autónoma de residencia como el lugar de nacimiento del encuestado (dentro o fuera de España) muestran discriminar en alguna medida la valoración hacia el sistema sanitario español, aunque tampoco de forma demasiado relevante. Mostramos la media de valoración según la comunidad

autónoma de residencia en primer lugar. En este caso incluimos el gráfico de barras, para una mejor visualización:

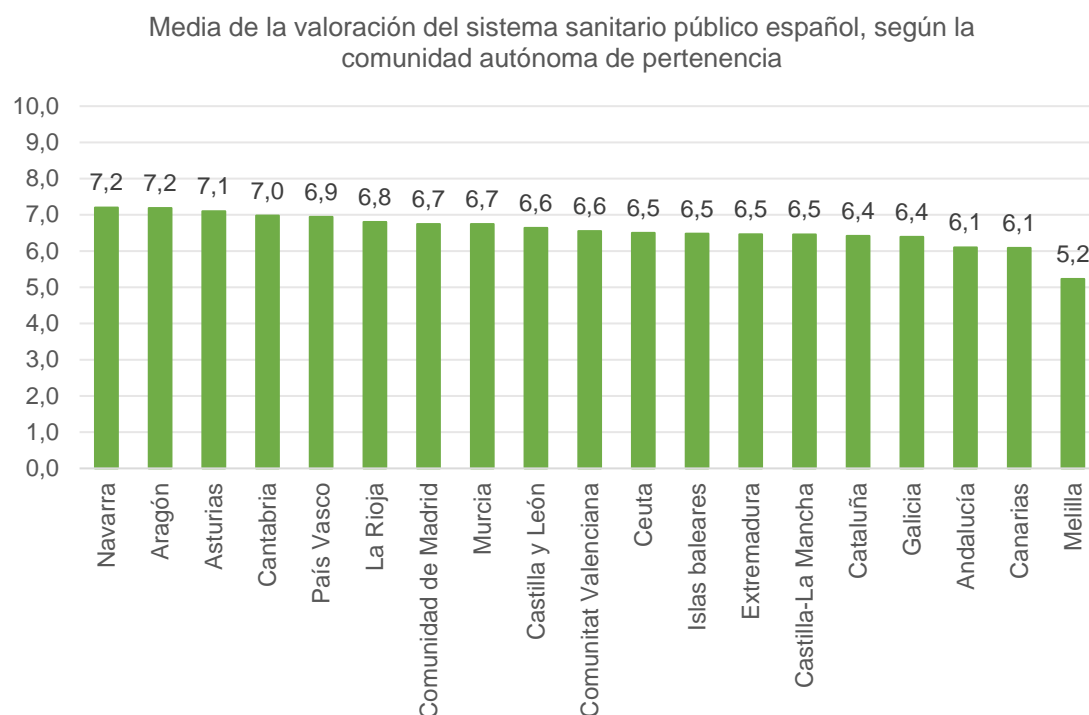


Gráfico 8.26. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según la Comunidad Autónoma de pertenencia. Media. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS

Es con respecto a esta variable donde podemos observar mayores diferencias en la valoración del sistema sanitario público, con diferencias de hasta dos puntos entre la comunidad que mejor valora el sistema sanitario público y la comunidad que lo valora peor. Navarra, Aragón y Asturias son los que mejor lo valoran y Melilla, Canarias y Andalucía son los que peor lo valoran. El coeficiente de correlación Phi y el Coeficiente de Contingencia entre estas variables (coeficientes indicados para medir el grado de asociación entre variables nominales), de hecho, muestran ser los más elevados en comparación con las otras variables analizadas (económicas, demográficas, etc.), siendo 0,234 y 0,231 respectivamente (para ambos casos $p < 0,01$), aunque tampoco denotan una relación que merezca destacarse demasiado.

Hay también una pequeña diferencia a señalar entre los encuestados nacidos fuera y dentro de España.

Tabla 8.3. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "origen de nacimiento". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

	Nacidos fuera de España	Nacidos en España	Total
1	0,6	2,6	2,4
2	1,3	1,2	1,2
3	0,7	3,2	2,9
4	3,7	5,6	5,4
5	9,9	13,9	13,5
6	12,9	17,8	17,2
7	21,2	24,2	23,8
8	25,9	20,2	20,8
9	10,2	5,7	6,2
10	12,4	4,8	5,7
N.S.	1,3	0,8	0,8
N.C.	0,0	0,1	0,1
Total	869	6814	7683
Media	7,2	6,4	6,5

Mientras que los que han nacido en España valoran la sanidad española con un 6,5 de media, los que han nacido fuera lo hacen con un 7,2. El coeficiente de correlación Phi y el de V de Cramer resultan 0,149 ($p < 0,01$), y el Coeficiente de Contingencia es 0,148 ($p < 0,01$), mostrando que la relación existe, pero no es demasiado relevante.

Situación económica

Con las variables económicas tampoco se detectan variaciones importantes. Si observamos la tabla de contingencia de la P.3 con respecto al nivel de ingresos del hogar, tenemos lo siguiente:

Tabla 8.4. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " e "ingresos del hogar". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Ingresos del hogar													Total
		No tienen ingresos	Menos o igual a 300	De 301 a 600 €	De 601 a 900 €	De 901 a 1.200 €	De 1.201 a 1.800 €	De 1.801 a 2.400 €	De 2.401 a 3.000 €	De 3.001 a 4.500 €	De 4.501 a 6.000 €	Más de 6.000 €	N.S.	N.C.	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	6,5	5,6	1,8	3,8	2,8	1,9	1,4	1,5	1,0	0,0	0,0	1,9	2,9	2,4
	2	0,0	8,3	1,4	0,9	1,2	1,6	1,7	2,1	0,6	0,0	2,8	1,0	1,0	1,3
	3	6,5	2,8	5,4	2,6	2,8	2,8	3,4	2,1	2,2	0,0	0,0	2,9	2,9	2,9
	4	6,5	2,8	2,9	6,7	4,5	6,2	5,3	4,5	5,4	5,6	0,0	5,4	5,6	5,4
	5	22,6	22,2	14,0	15,1	14,2	12,9	12,2	11,6	10,8	8,9	8,3	13,2	14,1	13,5
	6	19,4	16,7	10,4	12,4	13,8	17,8	23,0	18,5	16,8	20,0	11,1	21,5	17,3	17,3
	7	9,7	25,0	21,1	20,4	22,4	24,5	23,4	27,0	31,7	32,2	27,8	26,0	23,0	23,8
	8	12,9	13,9	20,1	20,2	23,4	20,4	20,1	20,4	24,8	25,6	27,8	17,1	21,1	20,8
	9	9,7	0,0	6,1	8,1	6,6	6,2	5,3	7,3	4,1	4,4	13,9	5,4	5,9	6,2
	10	6,5	0,0	14,3	8,4	8,0	5,1	3,3	4,1	1,6	2,2	5,6	5,2	5,2	5,7
. N.S. N.C	N.S.	0,0	2,8	1,8	1,3	0,3	0,6	0,8	0,6	1,0	1,1	2,8	0,4	1,0	0,8
	N.C	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Media		6,0	5,4	6,7	6,5	6,7	6,5	6,4	6,6	6,6	6,8	7,1	6,5	6,4	6,5
Total		31	36	279	741	915	1029	760	466	315	90	36	735	2252	7685

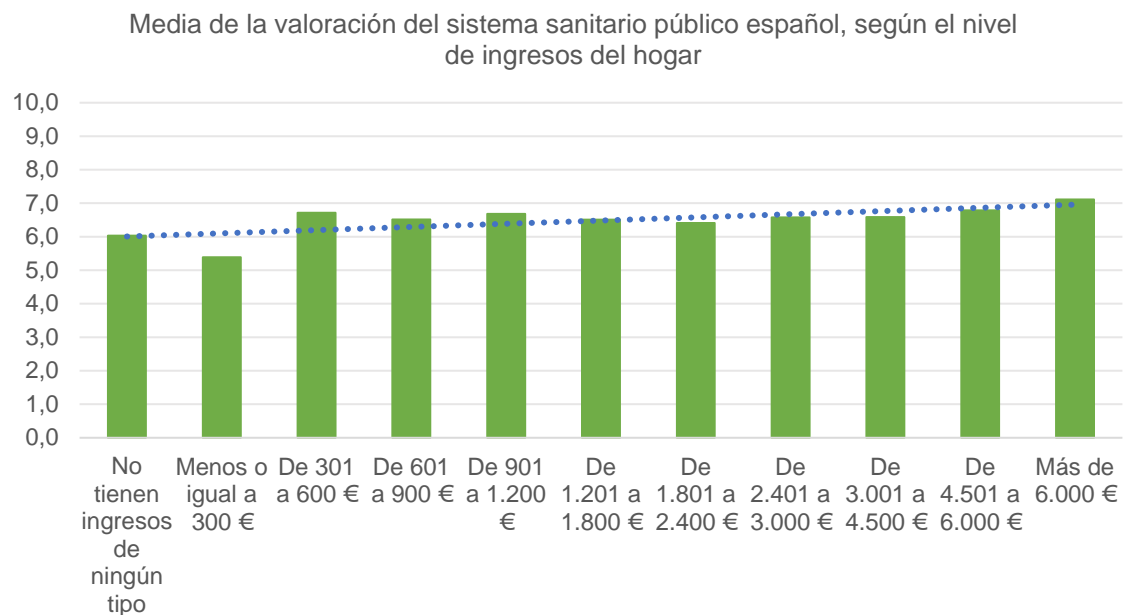


Gráfico 8.34. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el nivel de ingresos del hogar de la persona entrevistada. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS

La diferencia entre cada categoría es pequeña, en cualquier caso, notándose un ligero aumento de la valoración en los grupos de mayores ingresos. Esta valoración contrasta con la idea que se podría tener de que la sanidad pública es más valorada entre los grupos de menores ingresos. El barómetro sanitario nos permite negar esta idea, de forma que los grupos de mayores ingresos tienden ligeramente a valorar algo mejor la sanidad pública.

Escala ideológica

La ideología tampoco conlleva grandes diferencias de apreciación del funcionamiento del sistema sanitario público, a decir por la clasificación en función de la escala de autoubicación ideológica (donde 1 es la postura más ubicada a la izquierda y 10 la postura más ubicada a la derecha):

Tabla 8.5. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "escala ideológica". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Escala de autoubicación ideológica (1-10)												Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.S.	N.C.	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	6,2	0,9	1,8	0,8	1,9	2,0	1,3	1,4	1,2	6,8	2,7	3,9	2,4
	2	0,9	0,9	0,5	1,2	1,4	0,5	1,6	2,5	0,0	1,1	1,4	1,8	1,3
	3	3,4	4,6	2,7	3,4	2,1	1,9	1,6	2,1	2,3	4,5	3,4	3,5	2,9
	4	6,5	7,3	7,5	5,4	5,9	4,4	2,9	5,3	2,3	4,5	4,8	4,6	5,4
	5	13,7	13,1	11,1	12,8	14,3	12,6	13,2	8,5	7,0	14,8	15,6	14,2	13,5
	6	19,3	18,3	18,6	19,5	19,2	19,9	14,3	12,8	14,0	8,0	13,6	17,2	17,3
	7	21,5	27,4	29,1	26,3	23,9	24,9	29,6	19,2	19,8	17,0	19,8	21,7	23,8
	8	17,4	18,3	19,5	21,4	20,6	23,6	22,2	27,8	24,4	19,3	21,4	19,0	20,8
	9	4,0	5,8	5,0	5,8	5,5	4,9	9,0	10,7	15,1	9,1	7,3	5,4	6,2
	10	6,2	2,7	3,0	2,7	4,7	4,4	4,2	7,8	11,6	14,8	9,2	7,0	5,7
	N.S.	0,6	0,6	1,0	0,8	0,5	1,0	0,0	1,4	1,2	0,0	0,8	1,5	0,8
	N.C.	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,2	0,0	0,0	0,2	0,1
Total		321	328	838	765	1554	594	378	281	86	88	1320	1136	7689
Media		6,2	6,4	6,4	6,5	6,5	6,6	6,8	6,8	7,2	6,7	6,6	6,3	6,5

Media de la valoración del sistema sanitario público español, según la escala de autoubicación ideológica

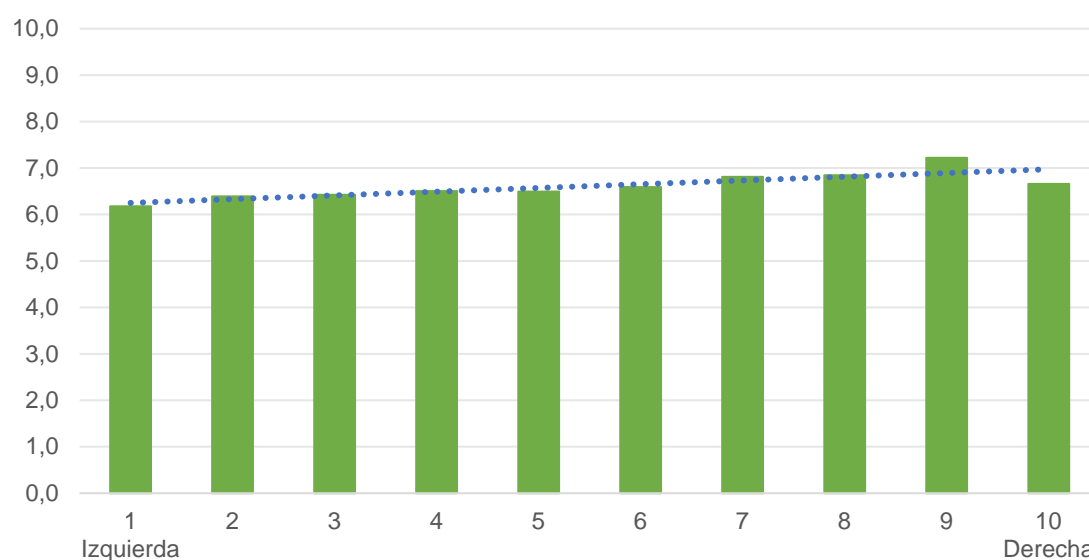


Gráfico 8.28. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según la escala de autoubicación ideológica. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS

La línea de tendencia nos informa de que hay una ligera superioridad en la valoración según se ubique el entrevistado a la derecha del espectro político. Esto contrasta con la conversación en Twitter, como veremos en la siguiente sección, escenario donde puede verse qué discursos emergen más fácilmente de forma pública. En ese análisis que veremos en la sección siguiente, se observa que son los sectores de izquierda los defensores de la sanidad pública, al menos en ese discurso público de Twitter. Sin embargo, en este gráfico se aprecia que la opinión es relativamente homogénea según la ideología, pero con cierta tendencia a que las personas situadas a la derecha ideológica valoren algo mejor la sanidad pública.

Nivel de estudios

En cuanto al nivel educativo, tampoco esta variable discrimina la valoración del sistema sanitario público. Las diferencias son, de nuevo, muy pequeñas, y no parecen mostrar ninguna tendencia clara, tal y como se observa en la tabla de contingencia:

Tabla 8.6. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "estudios de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

	Estudios de la persona entrevistada									Total
	Sin estudios	Primaria	Secundari a 1ª etapa	Secundari a 2ª etapa	F.P.	Superiores	Otros	N.S.	N.C.	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	2,1	2,2	4,1	1,6	2,8	0,9	0,0	0,0	2,4
	2	1,5	1,4	1,6	1,1	1,1	0,9	0,0	0,0	1,3
	3	3,0	2,2	3,0	3,0	3,5	2,6	20,0	0,0	2,9
	4	3,4	4,5	6,4	5,5	6,2	5,0	0,0	0,0	5,4
	5	11,8	13,6	17,8	11,3	14,9	9,5	30,0	0,0	13,5
	6	10,0	13,1	17,2	17,8	20,4	20,1	20,0	40,0	17,3
	7	19,0	19,4	20,2	27,3	25,9	29,2	0,0	20,0	23,8
	8	26,1	24,7	18,6	20,8	16,8	21,4	0,0	20,0	20,8
	9	11,1	7,8	4,7	6,7	4,3	6,0	10,0	0,0	6,2
	10	10,2	10,1	5,7	3,9	3,3	3,5	20,0	20,0	5,7
	N.S.	1,9	0,9	0,5	0,9	0,7	0,9	0,0	0,0	0,8
	N.C.	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Total	532	1342	1712	1095	1354	1626	10	5	15	7691
Media	6,9	6,8	6,2	6,6	6,2	6,6	6,2	7,4	7,1	6,5

Estado de salud autopercebido

Según autodefinen el entrevistado su estado de salud, sí se observan algunas diferencias en la valoración del sistema sanitario. Las personas con mejor salud autopercebida valoran mejor, en la pregunta P.3, el sistema sanitario público que las personas con peor salud, tal y como se observa en la tabla de contingencia (tabla 8.7) y en el gráfico de las medias (gráfico 8.29).

Tabla 8.7. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "estado de salud autopercebido". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.

		Estado de salud en general							Total
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	N.S.	N.C.	
Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español	1	2,7	1,6	2,9	7,2	12,7	0,0	0,0	2,4
	2	1,0	1,1	1,4	3,3	4,8	0,0	0,0	1,2
	3	2,2	2,6	3,4	6,2	9,5	0,0	33,3	2,9
	4	5,4	5,0	6,6	4,3	4,8	14,3	0,0	5,4
	5	9,9	13,8	14,6	20,7	9,5	28,6	0,0	13,5
	6	17,6	17,5	17,2	12,0	17,5	0,0	66,7	17,2
	7	24,8	25,5	19,6	19,9	17,5	0,0	0,0	23,8
	8	22,1	20,9	20,4	16,7	15,9	28,6	0,0	20,8
	9	6,5	6,1	6,0	6,9	4,8	0,0	0,0	6,2
	10	6,5	5,1	7,0	2,9	3,2	28,6	0,0	5,7
	N.S.	1,1	0,7	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
	N.C.	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Total		1349	4381	1608	276	63	7	3	7687
Media		6,6	6,6	6,4	5,9	5,5	7,1	5,0	6,5

Media de la valoración del sistema sanitario público español, según estado de salud autopercebido

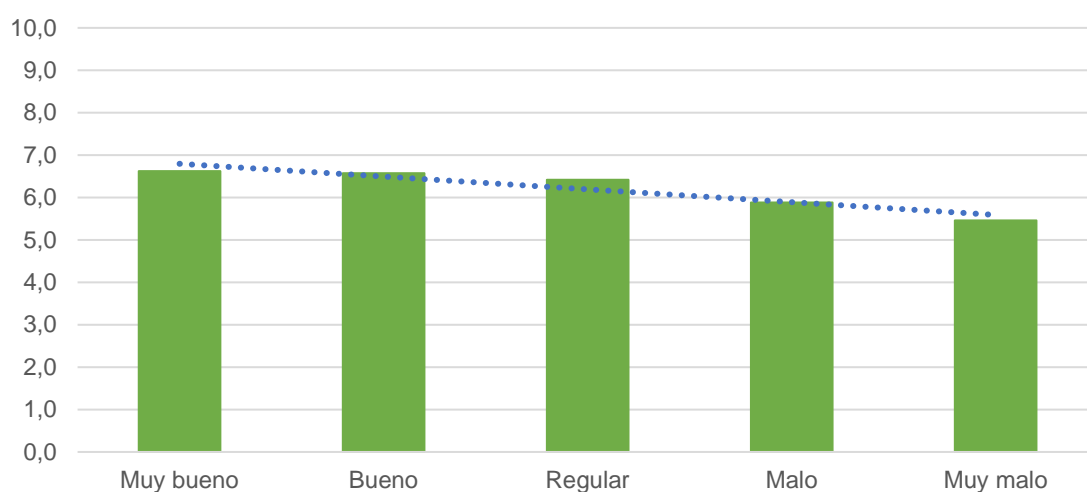


Gráfico 8.29. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el estado de salud autopercebido. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS

El coeficiente de correlación Phi y el Coeficiente de Contingencia (indicados para correlacionar variables nominales) entre estas variables resultan 0,157 y 0,155 respectivamente (para ambos casos ($p < 0,01$), mostrando que la relación existe, pero sin ser demasiado relevante.

8.2. La opinión en Twitter sobre los sistemas sanitarios; un análisis de redes.

En este apartado, se ha pretendido conocer la opinión de los ciudadanos mediante otra técnica de investigación: el análisis de redes a partir de la conversación en Twitter sobre aspectos de la salud y la sanidad. Se han recogido los comentarios de Twitter, generados entre el 16 de septiembre y el 17 de octubre de 2018, que han mencionado cualquier aspecto de la sanidad pública o privada, o de los efectos de la crisis en la salud. Con estos comentarios se ha construido una red de *retweets*.

Los resultados de este análisis fueron presentados como comunicación en el XIII Congreso Español de Sociología, celebrado en julio de 2019, y dio pie a un interesante debate, tanto sobre el tema tratado como sobre la metodología usada. Aquí damos un estudio ampliado de esta investigación.

El objetivo principal que intentamos alcanzar es estudiar la estructura de la discusión pública en Twitter, analizando sus interrelaciones, los perfiles que lideran cada narrativa, las características de las diversas comunidades, y los principales argumentos que la sustentan.

El grafo de la red de *retweets* resultante ha sido:

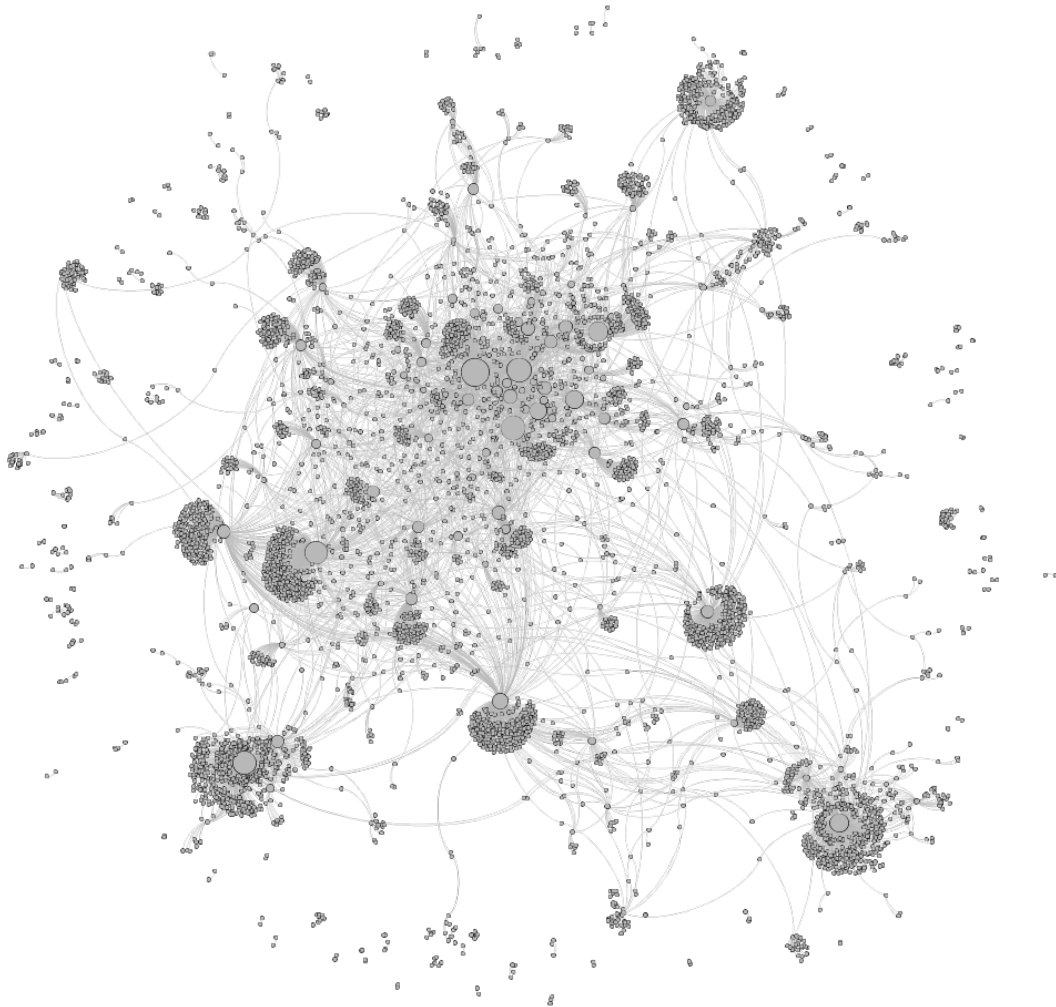


Ilustración 8.1. Red de retweets. El grafo se corresponde a 10.043 retweets, y está compuesto de 5.496 nodos y 7.281 aristas. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

Los nodos, representados por círculos en el grafo, simbolizan los perfiles o usuarios de Twitter. El tamaño del círculo representa su importancia en la conversación, siendo los más grandes, los perfiles más influyentes.

Las aristas, representadas por líneas en el grafo, simbolizan los *retweets* entre nodos (usuarios). Cuanto más cercanos estén dos nodos y más ancha sea la arista que los une, más *retweets* habrá entre ellos.

Para establecer el grado de importancia o influencia de un nodo, es decir de un usuario de Twitter, se ha usado el autovector de la matriz formada por el número de *retweets* entre nodos.

El autovector, o *eigenvector*, es una medida del número de *retweets* ponderado por la importancia del usuario o nodo que los emite. Para entender su significado, puede calcularse por un procedimiento iterativo: se comienza por asignar un 1 al elemento del autovector correspondiente a cada nodo; para cada nodo se suma el número de *retweets* que recibe desde cada uno de los demás nodos multiplicado por el elemento del autovector correspondiente a esos nodos; se itera el procedimiento hasta que las proporciones de los autovectores converjan. Como resultado, los nodos más importantes, porque reciben más *retweets* desde nodos a su vez importantes, tienen un elemento del autovector mayor que los nodos menos importantes.

No hemos estudiado el grado de intermediación (*betweenness centrality*), a pesar de ser una medida de uso extendido. Esta es una medida de la importancia del nodo en función de los *tweets* que ha recibido y *retweeteado*; es decir, se tiene en cuenta conjuntamente su grado de salida y de entrada. Pero es posible que nodos muy influyentes, con un autovector muy alto, no participen en la discusión en el tiempo de análisis y por ello, aunque se *retweeteen* muchos de sus *tweets* pasados, no tengan grado de salida y les corresponda un grado de intermediación bajo, a pesar de que sus opiniones sí sean muy relevantes en la discusión. En este caso, el grado de intermediación saldría muy bajo o cero (si no ha emitido *tweets* en nuestro período de análisis), pero el autovector seguiría siendo alto, representando mejor el grado de influencia del perfil.

La ilustración representada arriba (8.1) se conoce como “grafo de la red topológica”, porque representa los nodos y las aristas que los unen de manera que su posición en la red permite visualizar la conexión entre las discusiones. La posición de los nodos o usuarios en el mismo nos indica el vínculo de sus conversaciones con los demás usuarios, de forma que los nodos ubicados en el exterior del grafo están menos relacionados con los demás usuarios que los ubicados en el centro del mismo.

En el grafo se observa un “componente gigante” que abarca al 92,2% de los nodos o usuarios, y que protagonizan el grueso de la discusión. Este componente se llama gigante porque representa todos los nodos que de algún modo tienen alguna conexión con alguna arista. También se observan unos “componentes aislados”, que representan el otro 7,8% de los nodos, cuya participación no ha logrado movilizar al resto de usuarios y que, por ello, no son tan relevantes. Es decir, sólo se conectan con unos pocos nodos y unas pocas aristas, quedando aislados y situados en la periferia de la red.

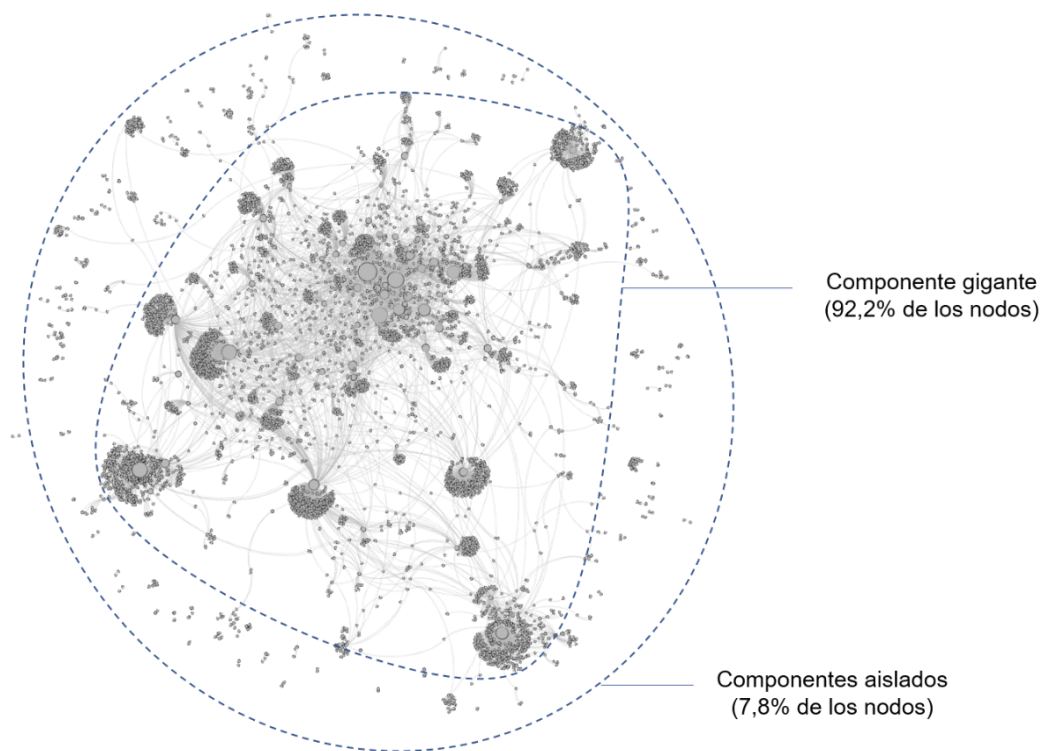


Ilustración 8.2. Conversación principal (componente gigante) y conversaciones aisladas (componentes aislados) de la red de retweets. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

En el grafo se observa que la discusión está jerarquizada en conversaciones menores, o subcomunidades, relativamente separadas entre sí. En consecuencia, hemos realizado un análisis de conglomerados para poder identificar y etiquetar estas subcomunidades, y analizar las más importantes por

separado. Hemos usado un algoritmo estándar a este fin, descrito en Blondel et al. (2008), basado en la densidad de las interacciones de la red, con el que hemos identificado las 10 subcomunidades más importantes, distinguiéndolas de las demás con colores diferentes.

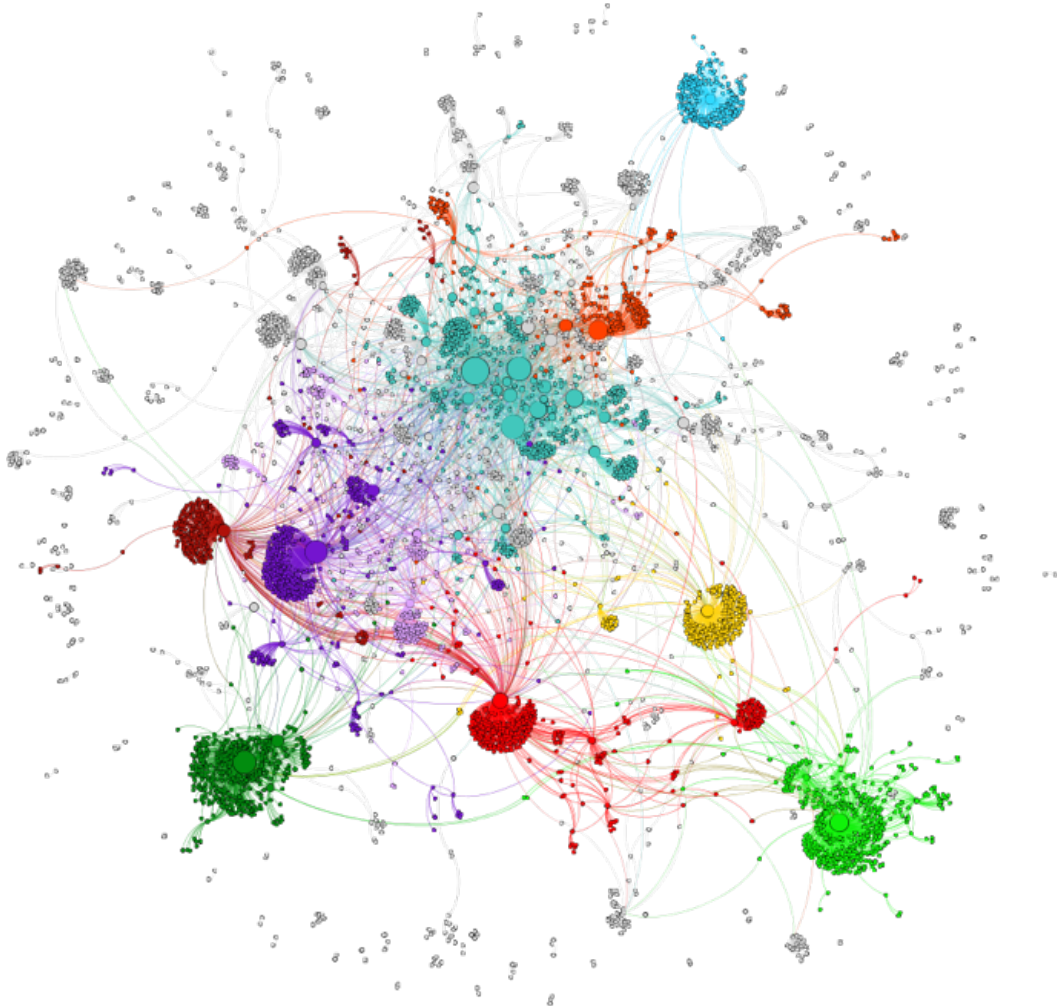


Ilustración 8.3. Comunidades detectadas. Cada color representa una comunidad con perfiles afines tratando algún tema en particular. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

Estas 10 subcomunidades suponen el 70,1% de los usuarios de la red, y las cinco más grandes suponen el 46,9% de los usuarios. Lo que nos informa de una conversación bastante dominada por unas pocas comunidades.

Paul Baran definió tres tipos de redes (1964), según su estructura:

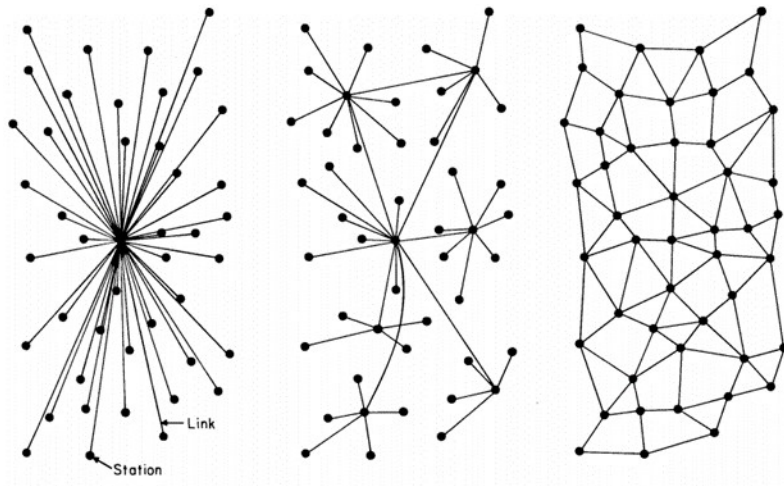


Ilustración 8.4. Red centralizada, descentralizada y distribuida, según Baran (1964). Fuente: Baran (1964).

De acuerdo con esta tipología, nuestro grafo se corresponde a una red descentralizada, con varios nodos o usuarios centrales alrededor de los cuales se estructura cada conglomerado o subcomunidad. A su vez, cada uno de estos conglomerados muestra o bien una estructura centralizada, o bien descentralizada, dependiendo de si en ellos hay un único perfil central o varios. Los perfiles con las magnitudes de los autovectores mayores, esto es, los usuarios más influyentes en cada comunidad son los recogidos en la tabla 8.8:

Tabla 8.8. Perfiles más influyentes por cada comunidad. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

Comunidad	Nick	Grado de entrada con pesos (<i>retweets</i> recibidos)	Grado de salida con pesos (<i>retweets</i> realizados)	Autovector (<i>Eigenvector</i>)
1	mareablancaesp	439	73	1
	lsanidadpublica	414	12	0,87426
	mesadefensasani	158	96	0,84872
	karmelafranga	149	20	0,58984
	sanidad_bierzo	101	26	0,55658
2	susanadiaz	645	0	0,60921
	andaluciajunta	105	3	0,11994
3	sindicato_satse	1265	26	0,79843
	satse_madrid	387	16	0,36300
4	saludpodemos	394	3	0,79667
	milahormiga	91	5	0,36488
5	amoedocom	407	1	0,48850
	miguelgutiperez	46	5	0,15739
	estadoigualdad	93	0	0,13459
6	jramonfernandez	273	1	0,36631
7	pardodevera	310	0	0,37606
8	blanco_dona	115	0	0,21962
	rosamar6254	196	17	0,20725
9	laurabarrallo	246	0	0,30758
10	ccoosanidadmad	370	9	0,67308
	zupo21	92	16	0,39534

A continuación, detallaremos y comentaremos cada una de esas 10 comunidades, representando sus grafos particulares, los perfiles o usuarios más

importantes (con un alto autovector) y los temas que discuten. Los títulos con los que encabezamos cada subcomunidad son simplemente ilustrativos. También incluimos, por cada subcomunidad, algunos ejemplos de los *tweets* más virales de la comunidad.

1. Comunidad de defensa de la sanidad pública

Esta comunidad es la más importante cuantitativamente hablando, suponiendo el 11,8% de los nodos (usuarios). Además, está ubicada en una posición central en el grafo, lo que nos informa de que en términos relativos tienen muchas conexiones con el resto de comunidades.

Su estructura interna es descentralizada, con varios usuarios liderando la conversación. Los usuarios más importantes son el movimiento Marea Blanca ([@mareablancaesp](#) y [@mesadefensasani](#)), la plataforma León Sanidad Pública ([@lsanidadpublica](#)), la activista de Izquierda Unida Carmen Franganillo ([@karmelafranga](#)), y la plataforma “Sanidad Pública Bierzo” ([@sanidad_bierzo](#)).

Se critica que la sanidad pueda estar regida por el beneficio. De manera que la sanidad privada o la privatización de la gestión se conciben como una forma de negocio, subordinando los fines que deberían regir en este campo. Además, se considera que los posibles beneficios obtenidos deberían revertir a la sanidad pública. Igualmente, esta comunidad está pendiente y comenta las movilizaciones que, en defensa de la sanidad pública, convocan algunos de sus líderes. Por otra parte, se critica también la homeopatía, defendiendo su separación de los canales de distribución de los medicamentos.

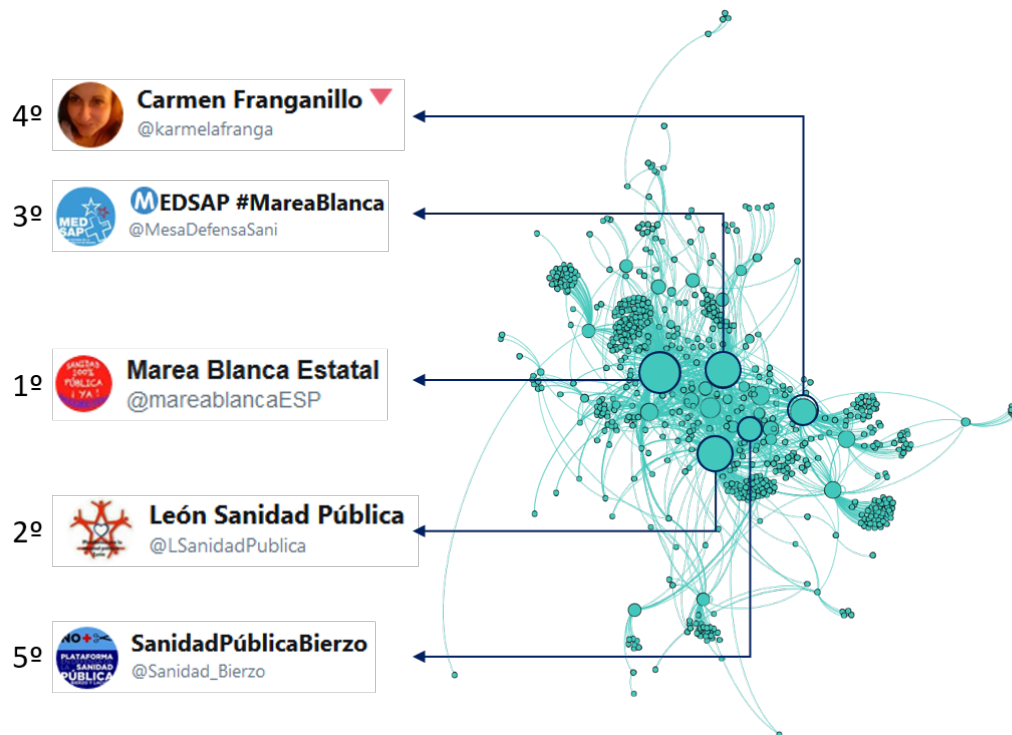


Ilustración 8.5. Comunidad 1. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Al amparo de lo establecido en el artículo 185 y siguientes del Reglamento del Congreso de los Diputados, la diputada que suscribe formula la siguiente pregunta dirigida al Gobierno para su respuesta escrita.

La homeopatía es una pseudociencia que no ha demostrado efectividad para el tratamiento de patología alguna en sus más de 200 años de historia.

La aplicación de la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano -y que contiene disposiciones específicas para los denominados 'medicamentos' homeopáticos- y la publicación de la Orden Ministerial SSI/425/2018, de 27 de abril, por la que se regula la comunicación que deben realizar los titulares de 'medicamentos' homeopáticos, han tenido algunas consecuencias.

Entre esas consecuencias se encuentran la condonación a los fabricantes de productos homeopáticos de la deuda sobre tasas no abonadas desde 1995; la existencia de miles de productos homeopáticos comercializados sin autorización; la posibilidad de ofertar diferentes diluciones de un producto con el abono de una única tasa; la consideración de estos productos como 'medicamentos', aunque sea con la coetilla "sin indicaciones terapéuticas aprobadas", y que puede llevar a engaño al paciente; y la aplicación del IVA superreducido del 4% al considerarse el producto homeopático un medicamento.

¿Se va a reclamar el abono de las tasas a los fabricantes de productos homeopáticos adeudadas desde 1995?

¿Va a permitirse que sigan existiendo productos homeopáticos en el mercado sin la correspondiente autorización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios?

IU Salud @iusalud

Hoy registramos estas preguntas en el Congreso. La aplicación del iva superreducido y la venta sin autorización de la Agencia Española del Medicamento son temas serios que repercuten en la salud de tod@s y en las arcas públicas. #SanidadPública

82 13:12 - 5 Oct 2018

76 people are talking about this

Marea Blanca Estatal @mareablancaESP

Gracias a @LaFallaras por su defensa d la #SanidadPública, la de tod@s. Las empresas d la sanidad privada tienen como objetivo el 💰, hay que sacar d la ecuación su beneficio 💰, emplear todo el dinero público en asistencia Gestión 100% Pública !!

74 19:31 - 4 Oct 2018

73 people are talking about this

Ilustración 8.6. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 1. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

2. Comunidad del PSOE en Andalucía

Suponen el 9,5% de los nodos, y tienen una posición mucho más periférica en el grafo porque interacciona menos con el resto de usuarios de otras comunidades. Su estructura interna está relativamente centralizada con dos usuarios lideran la conversación, que son Susana Díaz (@susanadiaz) y el perfil de la Junta de Andalucía (@andaluciajunta). La temática fundamental de esta comunidad se centra en los *tweets* emitidos por la entonces presidenta de la Junta de Andalucía, quién suele destacar la calidad de la sanidad pública, especialmente la andaluza, y quién informa de su gestión. Debemos reseñar que nuestra investigación estuvo muy cercana a las elecciones autonómicas andaluzas del 2 de diciembre, y también hay que interpretar estos tweets en clave preelectoral.

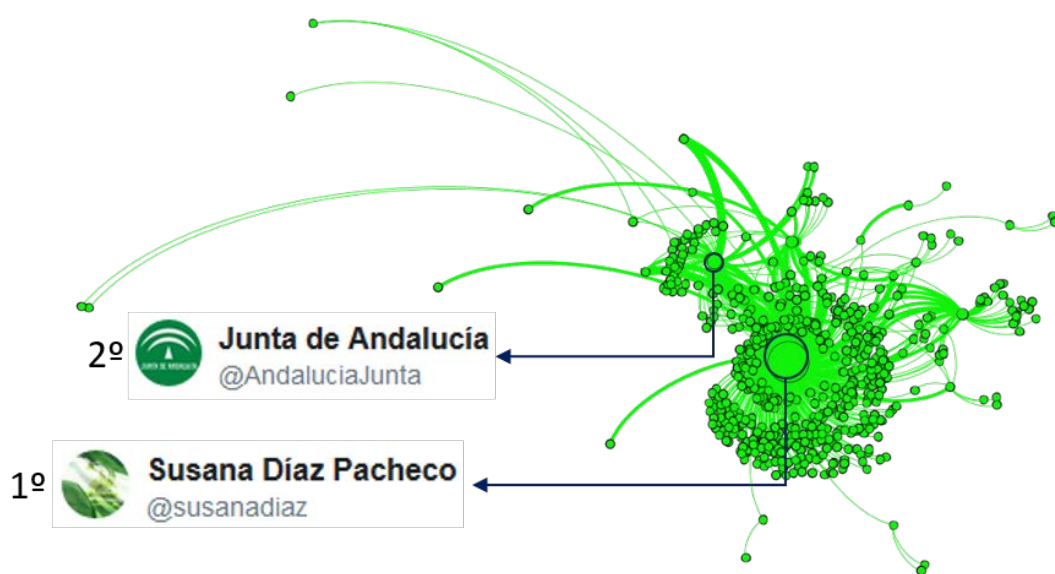


Ilustración 8.7. Comunidad 2. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.8. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 1. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

3. Comunidad del sindicato de enfermería

Representan el 9,3% de los nodos o usuarios, y también están ubicados lejos del centro del grafo. Lo que se corresponde a una baja interacción con el resto de comunidades. Su estructura interna está relativamente centralizada, con un usuario central y también con un segundo usuario importante. El principal usuario es el Sindicato de Enfermería, con dos cuentas (@sindicato_satse y @satse_madrid). Esta comunidad discute cuestiones que afectan a su sector profesional, la enfermería, y también está centrada en la defensa de la sanidad pública. Se compara la situación en este terreno con la europea, y se señala la diferencia de dotación que tienen los profesionales de enfermería con respecto a otros países; además de la gran carga de trabajo por la falta de personal. Se defiende el papel de la enfermería en los centros docentes. Se critica el proyecto de “farmacia comunitaria”, que supondría un aumento de los servicios que ofrecerían las farmacias en cuanto atención y cuidados al paciente, por verse como una manera de privatizar la atención primaria, y por ser una “invasión de competencias” con respecto a los profesionales médicos y enfermeros, que provocaría una disminución de la calidad de la sanidad.

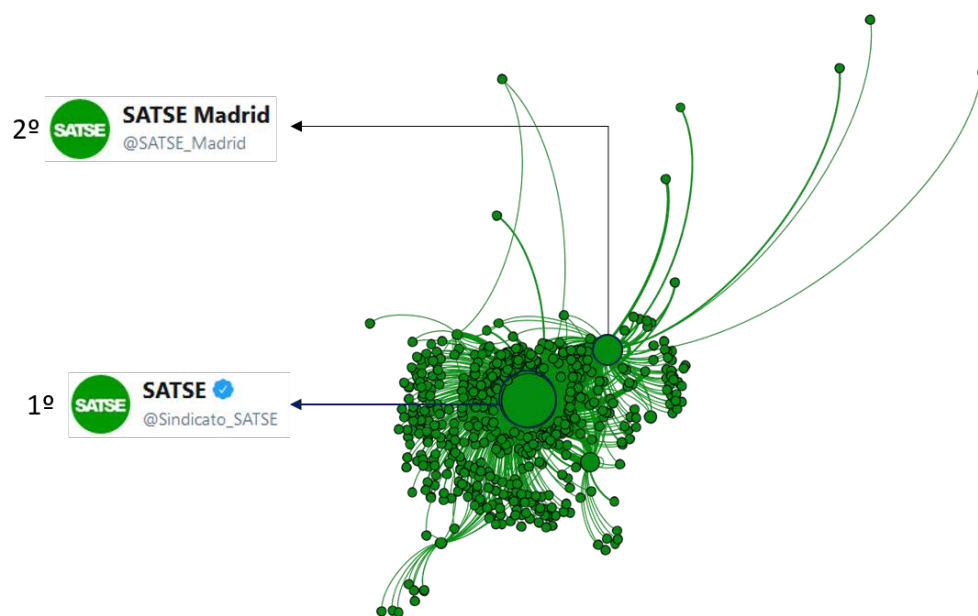


Ilustración 8.9. Comunidad 3. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.10. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 3. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

4. Políticos de Podemos

Representan el 8,7% de los nodos, pero son más centrales que las dos comunidades anteriores; lo que se corresponde a una mayor interacción con el resto de usuarios de la red. Los nodos más influyentes son el del Área Estatal de Salud de Podemos (@saludpodemos) y el de Milagros de la Rosa Hormiga, que por entonces era secretaria de Sanidad de Podemos Canarias (@MilaHormiga). Se cuestiona la privatización de la sanidad pública o de su gestión. Se usan argumentos de varios tipos, también el del coste económico de la sanidad privada, basándose en informes de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, según los cuáles, dicen estos perfiles, se cobran seis veces más en la sanidad privada que en la pública por tratamientos similares. En general, se defiende la universalidad de la sanidad pública y se critican los copagos.



Ilustración 8.11. Comunidad 4. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

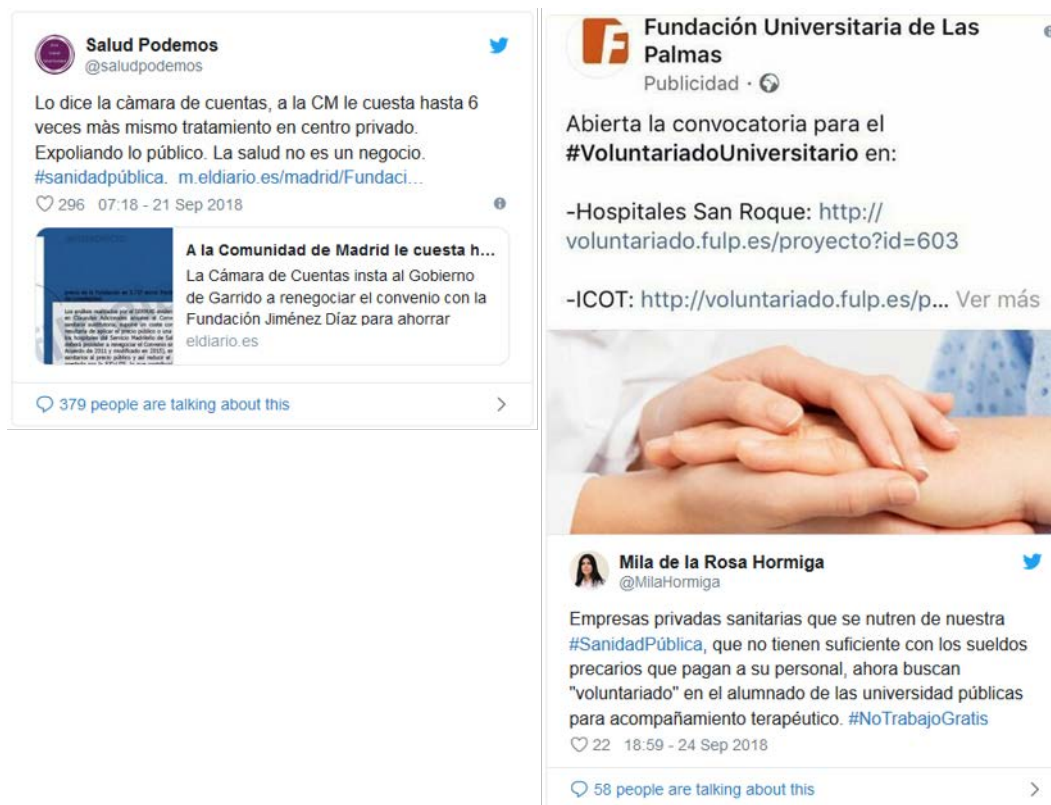


Ilustración 8.12. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 4. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

5. Simpatizantes del PSOE

Suponen el 7,5% de los nodos, pero tienen una posición solo algo más central que la comunidad liderada por Susana Diaz. Los nodos más importantes son el de José Manuel Amoedo, afiliado al PSOE (@amoedocom), Miguel A. G., también del PSOE (@miguelgutierrez) y la Secretaría de Estado de Igualdad (@EstadodelaIgualdad). Se defienden las políticas del PSOE, en especial relacionadas con la sanidad pública, mientras que se critica al Partido Popular, por su, según estos usuarios, tendencia a la gestión ineficiente y por la privatización de la sanidad para el beneficio “de unos pocos”.

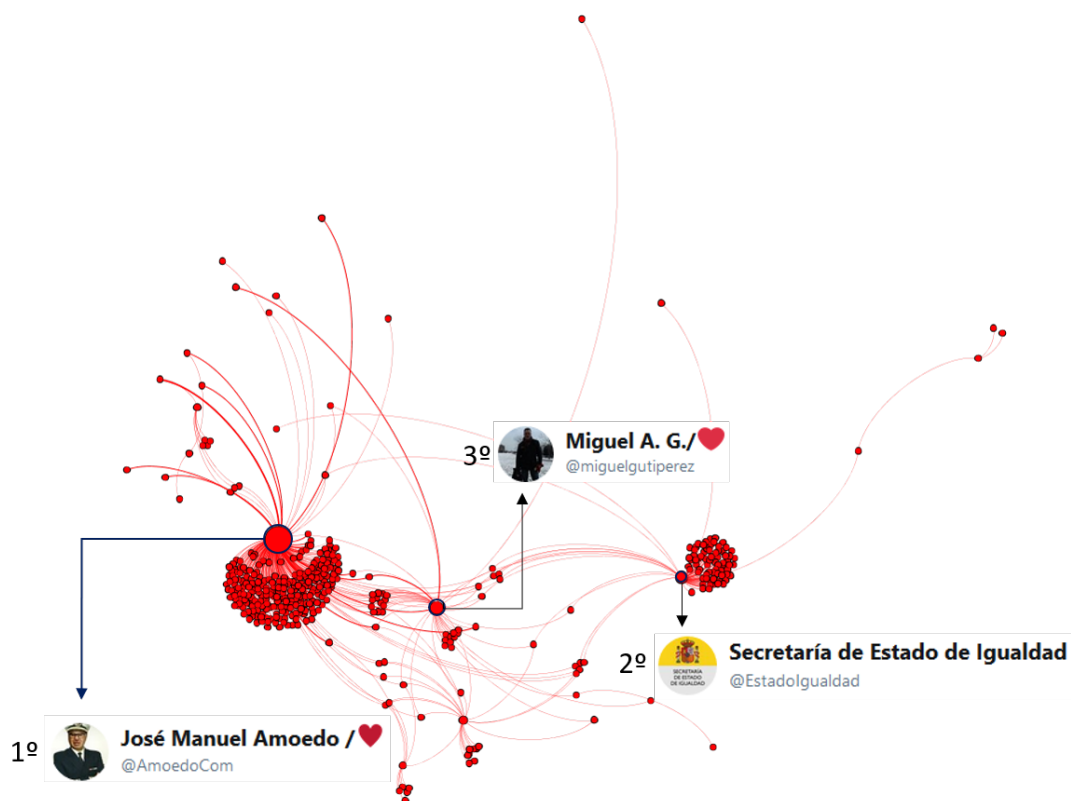


Ilustración 8.13. Comunidad 5. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.14. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 5. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

6. Comunidad de José Ramón Fernández

Equivalen al 5,0% de los nodos o usuarios, y son también relativamente periféricos. Su estructura interna es centralizada. El usuario central de esta comunidad es un neonatólogo del Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (@jramonfernandez). Se defiende la sanidad pública española, modelo que se considera muy superior al de otros países como EE.UU., sobre todo por su calidad y por su carácter gratuito y universal.

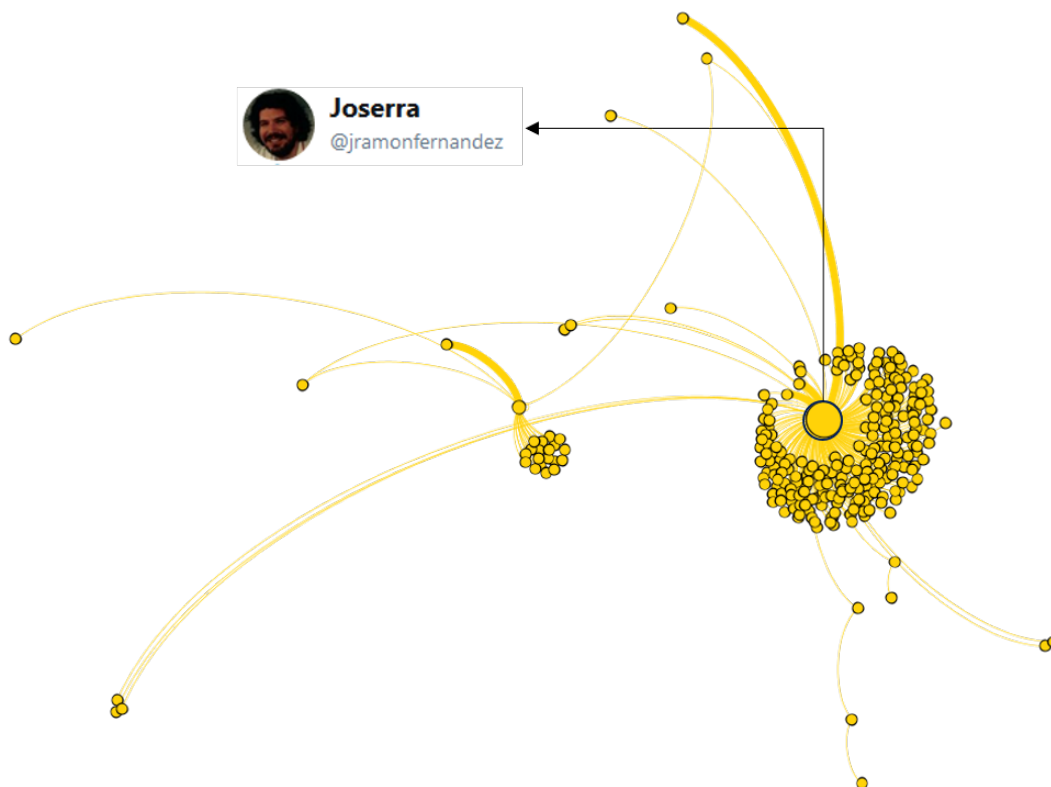


Ilustración 8.15. Comunidad 6. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.16. Comentario principal difundido en la comunidad 6. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

7. Comunidad de Ana Pardo

Son el 4,9% de los nodos o usuarios, y parecen algo vinculados a la comunidad de Podemos, si bien con las distancias suficientes como para que podamos definirlos como una comunidad independiente. Su estructura interna es centralizada, con un usuario central en Ana Pardo, directora del periódico digital Público (@pardodevera). Se afirma que la privatización o la gestión privatizada no es una política adecuada en la cuestión sanitaria. Se critica el precurso de acreedores del centro Povisa de Vigo, centro médico concertado gestionado de manera privada, cuestionando que la gestión privada sea más eficiente que la pública.

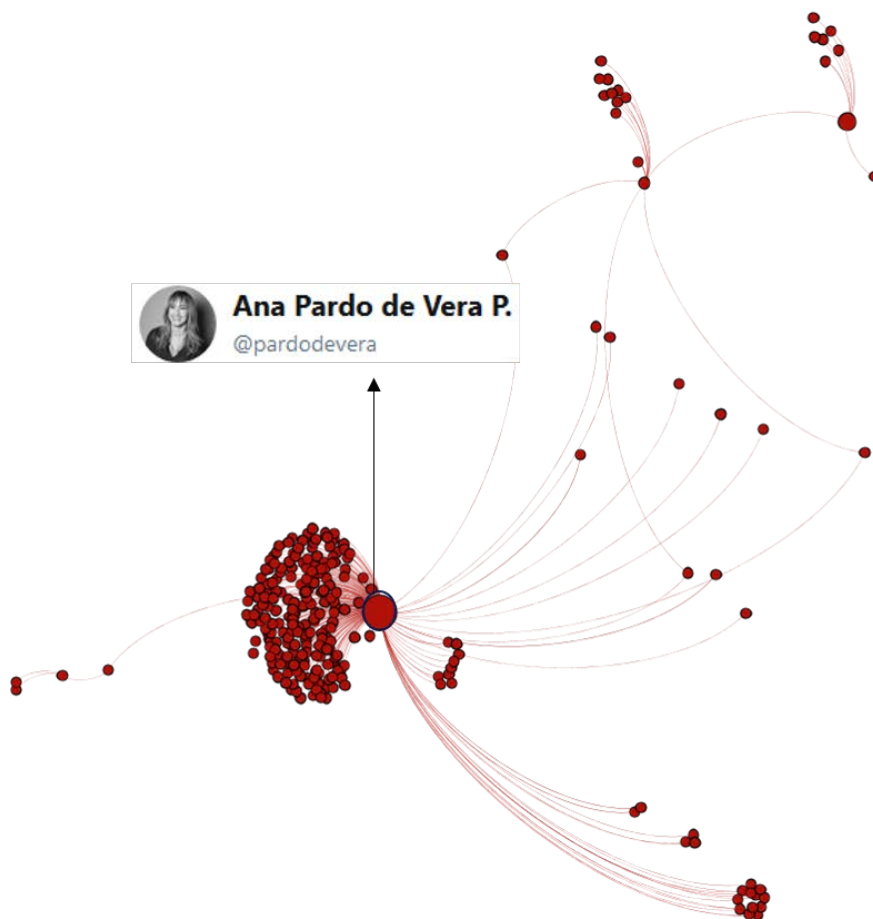


Ilustración 8.17. Comunidad 7. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.18. Comentario principal difundido en la comunidad 7. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

8. Simpatizantes de Podemos

Suponen el 4,6% de los nodos, y aunque muestran cierta cercanía a la comunidad de Podemos, también podemos considerarlos una comunidad independiente. Los usuarios más importantes son Dionisio Blanco Dona (@blanco_dona) y Rosa (@rosamar6254), que son simpatizantes de Podemos, no líderes orgánicos. Los argumentos de esta comunidad son similares a los de Podemos. De manera que se insiste en la idea de que un tratamiento médico privado cuesta seis veces más que uno público. También se cuestiona la privatización de la gestión sanitaria que llevarían a cabo los gobiernos del PP, detallando el caso de Madrid y Galicia. Se considera que esta gestión es más ineficiente que la pública. Igualmente, las críticas también se dirigen hacia el gobierno central, en manos del PSOE, por no ser lo suficientemente contundentes a la hora de defender el sistema sanitario público.

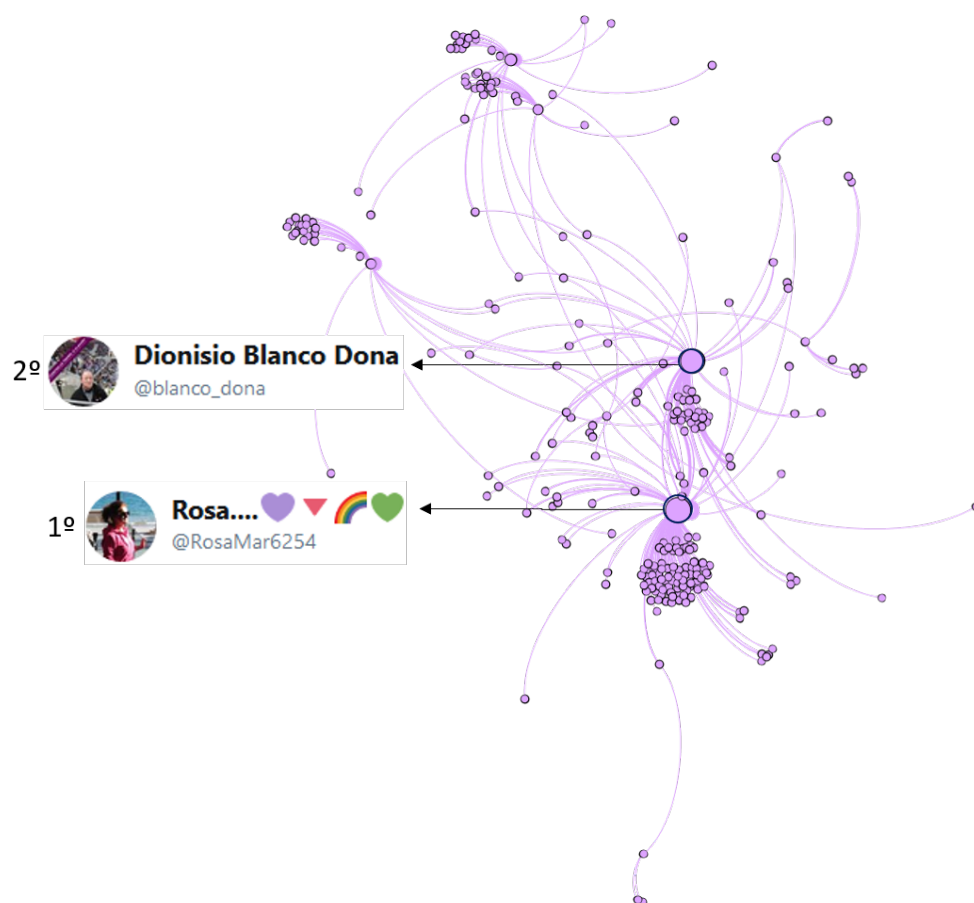


Ilustración 8.19. Comunidad 8. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.20. Ejemplo de algunos de los comentarios más virales de la comunidad 8. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter

9. Comunidad de Laura Barrallo

Representan el 4,4% de los nodos y tienen una posición muy periférica con respecto al resto de comunidades. La estructura interna es muy centralizada. La líder de esta comunidad es Laura Barrallo, consultora de políticas públicas y comunicaciones (@laurabarrallo). Esta comunidad comenta y retuitea un mensaje de este perfil, según el cual Bloomberg informa que el sistema sanitario español es el tercero mejor del mundo.

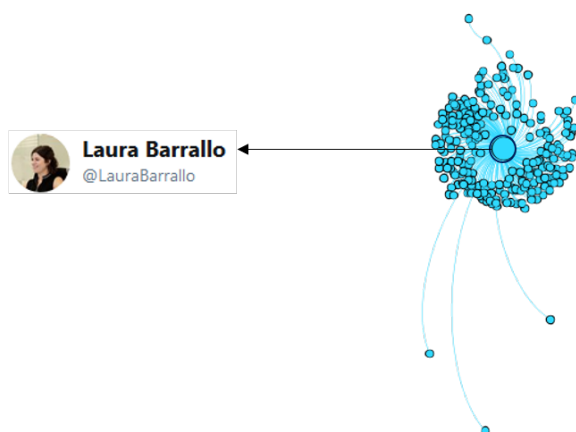


Ilustración 8.21. Comunidad 9. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.22. Comentario principal difundido en la comunidad 9. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

10. Comisiones Obreras

Suponen el 4,3% de los nodos o usuarios, pero tienen una posición más central; interaccionan más con el resto de comunidades. Comisiones Obreras Madrid (@ccoosanidadmad) y José Campos (@pepecampostruji), afiliado a CC.OO, son los usuarios que lideran esta comunidad. Se cuestiona la privatización de la sanidad, en especial de los laboratorios de análisis clínicos. Se reivindica las movilizaciones en defensa de la sanidad pública, y se cuestiona la pérdida de dotaciones.

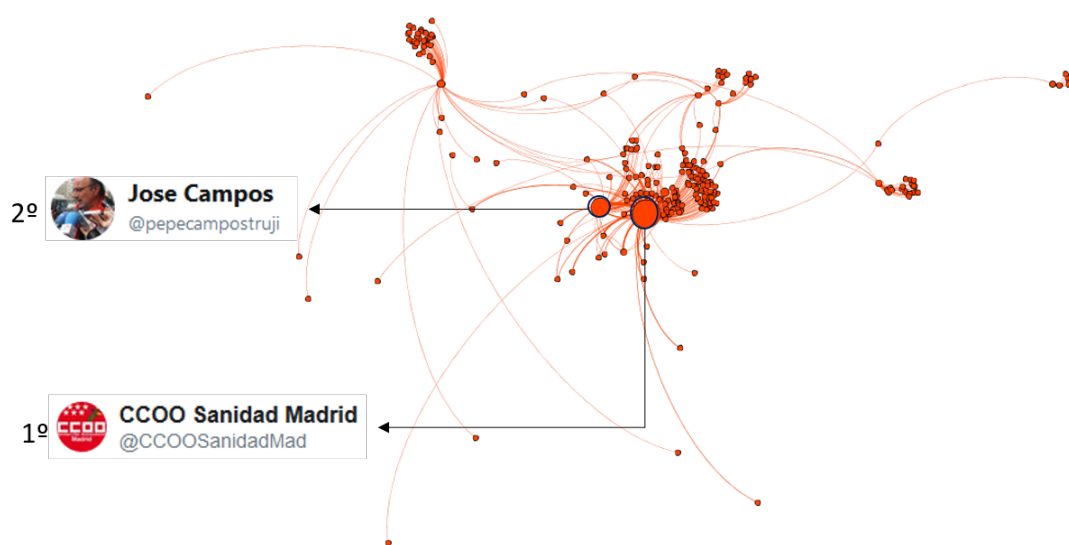


Ilustración 8.23. Comunidad 10. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.



Ilustración 8.24. Comentario principal difundido en la comunidad 10. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.

8.3. Sinopsis

En los dos capítulos anteriores se revisaron diversos indicadores sobre la sanidad y la salud de la población española, con el fin de conocer si estos ámbitos han experimentado algún cambio con la crisis económica del 2008 y el RD-Ley 16/2012. Pero, además de los datos objetivos, creemos que también resulta clave conocer la opinión que la sociedad tiene sobre estos aspectos, y ver si esta también se ha modificado con la crisis o el decreto mencionado. En un primer bloque, hemos analizado los datos de las encuestas de opinión del CIS, especialmente de sus Barómetros Sanitarios, donde se recoge buena parte de la opinión que los ciudadanos tienen sobre la sanidad española. Destacar que estas encuestas están muy enfocadas a aspectos de la sanidad, y no tanto de la salud; por este motivo no hemos usado ninguna serie temporal sobre aspectos relacionados con la salud. En este primer bloque hemos estudiado la evolución de la opinión sobre diversos aspectos de la sanidad, y también hemos hecho un análisis sincrónico de un Barómetro para conocer la estructura de la opinión. Por otro lado, hemos complementado el primer bloque con un análisis de redes de la conversación en Twitter sobre temas de sanidad y salud.

Del análisis del Barómetro Sanitario del CIS, destacamos cinco puntos fundamentales:

En primer lugar, que la valoración del sistema sanitario español, tanto en su concepción general, como en diversos aspectos concretos (atención primaria, atención especializada, atención en urgencias y sus listas de espera), es positiva y se ha mantenido positiva durante todo el período de las series, incluido el transcurso de la crisis económica y la aprobación del RD-Ley 16/2012. Es decir, las opciones de respuesta favorables hacia el sistema sanitario han sido las más frecuentes.

En segundo lugar, destaca una diferencia en la evolución de la concepción general del sistema sanitario, y en la evolución de la concepción sobre diversos aspectos concretos del sistema sanitario. En la valoración general se aprecia cierta disminución de las concepciones positivas en los años coincidentes con la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012. No obstante, las concepciones positivas han seguido siendo las dominantes, y además, entre los años 2014 y 2015, estas vuelven a incrementarse y recuperar su tendencia creciente. En cambio, la valoración sobre aspectos concretos del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, atención en urgencias y sus listas de espera) se mantiene positiva y muy estable en el tiempo, prácticamente sin variaciones. Es decir, la concepción general muestra un ligero descenso de su valoración positiva, pero cuando se pregunta por los aspectos concretos de la sanidad, estos se mantienen invariables en el tiempo. Es posible que esto sea debido a que el orden de las preguntas en el cuestionario siguen una lógica de “embudo”, donde encontramos la pregunta general (valoración del sistema sanitario) antes que las preguntas específicas (valoración de aspectos concretos, como la atención primaria) (Sheatsley, 1983). Probablemente, dado que las preguntas generales son las más sensibles al efecto del orden y contexto (Schuman y Presser, 1996), si se hubiera planteado la pregunta general después de las específicas, las repuestas a la pregunta general hubieran variado en alguna medida. En cualquier caso, aunque exista un sesgo de contexto, el hecho de que haya variado la valoración general, pero no la valoración de aspectos concretos es llamativo. La interpretación que se propone es que el RD-Ley 16/2012, con el debate público y el alcance mediático que ha tenido, ha influido negativamente

en la concepción general de la sanidad, pero por haber aumentado la sensación de aprensión y los prejuicios; si bien, no por apreciar un empeoramiento en alguno de sus servicios.

El tercer punto importante es que hay una aparente paradoja entre la valoración presente de la sanidad y la valoración de la evolución de esta; es decir, en la valoración retrospectiva. Las series disponibles sobre la valoración retrospectiva no son sobre la sanidad en general, sino de aspectos concretos (atención primaria, atención especializada, atención en urgencias y sus listas de espera). Sobre estos aspectos se ha comprobado que, en torno a 2011 en adelante, aumentan de forma muy considerable los que creen que han empeorado en los últimos 5 años (o en el último año en el caso de las listas de espera). Hecho que contrasta con la clara estabilidad en el tiempo de la valoración de estos aspectos, cuando se ha preguntado por la valoración actual de estos mismos aspectos. Es decir, los encuestados valoran igual que siempre los servicios, además de forma positiva, pero creen a su vez que las cosas han empeorado. Todo esto lleva a conjeturar que, en línea con el punto anterior, el debate político y social, más intenso con la crisis y alrededor del real decreto, ha acrecentado la sensación de aprensión y los estereotipos negativos, provocado en la ciudadanía una percepción negativa sobre cómo evoluciona la sanidad. No obstante, también hacemos notar que los que creen que los aspectos de la sanidad han empeorado, vuelven a disminuir en torno a 2014-2015.

El cuarto punto, es que en cuanto a las preferencias por una sanidad pública o privada, no se aprecian cambios relevantes en el tiempo asociados ni a la crisis del 2008, ni al RD-Ley 16/2012. Lo que se observa es que se prefiere la sanidad pública, cuando se tiene en cuenta el trato recibido del personal, la información que se recibe sobre el problema de salud, la capacitación de los profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as), y la tecnología y los medios de los que se dispone. La tendencia de preferir la sanidad pública por los motivos expuestos es creciente. En cambio, se prefiere la sanidad privada, cuando se atiende al confort de las instalaciones y a la rapidez con la que atienden. Pero en ambos casos, el porcentaje de personas que elegiría la privada por estos motivos muestra una tendencia decreciente.

Y, por último, el quinto punto a destacar, es que el análisis sincrónico de las tres oleadas del Barómetro Sanitario de 2018 muestra que la valoración del sistema sanitario público español es bastante positiva. Esta opinión varía, aunque de forma no demasiado relevante, en función de la ideología (los que se ubican en la derecha tienden a valorar mejor la sanidad pública española), la comunidad autónoma de residencia (las comunidades situadas en el Norte de España coinciden con mejores valoraciones que las comunidades del Sur), del lugar de nacimiento (los que nacen fuera de España tienen mejor valoración), de la edad (las personas mayores valoran algo mejor la sanidad española), y del estado civil (los/as viudos/as tienen mejor valoración, aunque coincide que son los de más edad). Pero se insiste en que las variaciones apreciadas son mínimas. Por otro lado, la opinión es muy homogénea, cuando se tiene en cuenta el sexo y el nivel de estudios de la persona entrevistada.

Por otro lado, la conversación en Twitter sobre temas de sanidad y salud, generada entre el 16 de septiembre y el 17 de octubre de 2018, muestra estar muy politizada y orientada hacia la defensa de la sanidad pública. Se cuestiona, de manera general, la privatización de la gestión sanitaria, negándose su eficiencia económica y afirmando la pérdida de la calidad. Así, los perfiles influyentes son, en su mayoría, políticos, sindicatos y activistas.

En este sentido, la mayoría de los usuarios se agrupan en comunidades en torno a partidos políticos (30,3% de los usuarios totales de la red), habiendo tenido más actividad el PSOE (2º y 5º comunidad, 17% de usuarios) y Podemos (comunidades 4º y 8º, 13,3% de usuarios). En segundo lugar, destacan las comunidades en torno a movimientos sindicales (13,6% de los usuarios de la red), incluyendo la comunidad del sindicato de enfermería (3º comunidad, 9,3%) y la de CC.OO. (10º comunidad, 4,3%). Otras comunidades se han formado en torno a activistas, como el movimiento de Marea Blanca (1º comunidad, 11,8% de los usuarios de la red). También en torno a un neonatólogo, único profesional sanitario influyente de la red (5º comunidad, 5% de los usuarios). En menor medida, se genera una comunidad en torno a la periodista Ana Pardo, directora del periódico digital Público (7º comunidad, 4,9% de los usuarios que participan). Y, por último, en torno a usuarias comunes, como Laura Barrallo (perfil común con cierta influencia), quien emite un comentario elogiando la sanidad española

(9º comunidad, 4,4% de la red). Todas estas últimas comunidades comentadas, que no eran de políticos, sindicatos o activistas, también han mostrado generalmente posiciones muy politizadas.

Como era de esperar (dado que no es un tema de interés generalizado), no destaca ningún comentario ni comunidad en Twitter sobre los efectos de la crisis o el decreto en la salud. Al menos, este tema no está presente entre las 10 comunidades más relevantes. Como decimos, casi todos los temas tratados giran en torno a la defensa de la sanidad española, especialmente la pública.

La conversación destaca por ser moderadamente desagregada; es decir, las comunidades están relativamente aisladas, con poca interacción entre ellas. La estructura de las comunidades es variada, existiendo algunas descentralizadas con varios líderes y otras con uno solo.

Por último, hacemos notar que, contrastando la conversación de la red analizada con los datos del Barómetro, Twitter destaca por ser una plataforma sensible al activismo y a la reivindicación, pero no representa la opinión de la población. Vimos en el Barómetro que los sectores ideológicos de derechas valoraban de igual forma, o incluso ligeramente mejor, la sanidad pública española. Pero en Twitter, los defensores de la sanidad pública han sido, en su gran mayoría, de izquierdas. Motivo por el cual consideramos la conversación de Twitter no representativa de la opinión de la población en general, pero sí como plataforma donde el discurso público dominante en este tema, en el período analizado, ha sido de la izquierda.

CAPÍTULO 9. Opinión de los profesionales de la salud I: entrevistas en profundidad

Como ya se comentó en la introducción del capítulo 8, no sólo los datos objetivos nos importan para conocer el estado de la salud y de la sanidad de la población española. Igualmente interesante resulta comparar estos datos objetivos con la opinión de la sociedad. Pero no sólo de la de los ciudadanos, como se hizo en el capítulo 8, sino también de los profesionales de la salud, ya que, por su quehacer diario, son el colectivo en contacto directo con nuestro objeto de investigación. Para conocer la opinión de los profesionales vinculados a la sanidad, se han usado dos metodologías de investigación distintas. En una primera fase se usó la técnica de las entrevistas semiestructuradas al personal médico, enfermero y administrativo de diversos centros sanitarios de la ciudad de Madrid. En una segunda fase, se ejecutó una encuesta al personal médico colegiado de la Comunidad de Madrid. Dada la extensión de los resultados obtenidos con ambas técnicas, dedicaremos un capítulo a cada una de ellas. En este capítulo abordaremos los resultados de las entrevistas, y en el siguiente los obtenidos mediante la encuesta.

Las entrevistas han resultado ser un proceso clave a la hora de realizar una indagación exploratoria a nuestro objeto de investigación. Además, como se ha detallado más extensamente en el capítulo 5, dedicado al diseño metodológico de la investigación, han contribuido al diseño del cuestionario. En algunas ocasiones, han enfocado el análisis estadístico a ciertos datos de especial interés; han ayudado a la interpretación de datos estadísticos (de la sanidad, de la salud y de la encuesta de médicos); y, en definitiva, han servido para conocer

una realidad más amplia y llena de matices que no puede sintetizarse en los datos estadísticos.

Todas las entrevistas mostraron una gran concordancia en lo fundamental, tanto en los aspectos más importantes de nuestra investigación, como el efecto en la salud de la crisis y del RD-Ley 16/2012, como en otro tipo de cuestiones.

Estructuraremos nuestra exposición sobre las entrevistas en cinco partes: una primera consistirá en una descripción de los aspectos más compartidos en todos los entrevistados; en la segunda, trataremos las principales discrepancias; en la tercera, temas que se trataron con menor frecuencia; en la cuarta, las contradicciones de los propios entrevistados; y, en la última, expondremos una sinopsis de lo desarrollado en el capítulo.

9.1. Temas compartidos en las entrevistas

Los principales aspectos comentados, que fueron comunes en prácticamente todas las entrevistas, son los siguientes:

- Privatización de la sanidad o de la gestión sanitaria
- Opinión sobre el RD-Ley 16/2012
- Dificultades de acceso económico a los medicamentos
- Crisis y problemas psicológicos
- Crisis y cambios en la alimentación
- Crisis y atención a las enfermedades crónicas
- Impacto en pacientes de la sanidad privada y pública

Iremos desgranando estos puntos uno por uno.

Privatización de la sanidad o de la gestión sanitaria

Este tema fue recurrente en todas las entrevistas, y todos los estratos encuestados mostraron un especial interés sobre el particular.

Todos los entrevistados, salvo una, evidenciaron un rechazo claro a la privatización de la gestión de la sanidad pública. En general, estaban de acuerdo en que la sanidad privada se regía por la búsqueda del beneficio y la rentabilidad, criterio que se aleja, según ellos, del que debe prevalecer en cuestiones de salud. Los entrevistados señalan que en la sanidad debe regir el criterio de la solidaridad, no del beneficio. Parece que estos comentarios se corresponden a un imaginario donde se percibe a la empresa privada como una institución creada para satisfacer los intereses de unos pocos, entre los que se encuentran empresarios y políticos, que son los que apoyan la privatización.

Aunque era también común la aceptación de que la sanidad privada tiene algunos aspectos positivos. Los entrevistados señalan no tanto una oposición a la sanidad privada, sino que se pretenda que ésta substituya a la sanidad pública, por sus componentes de igualitarismo en el trato, gratuidad para el paciente y solidaridad. La mayoría de los entrevistados estaban de acuerdo en que era necesario un cambio en la gestión de los recursos en la sanidad pública, de manera que éstos fueran más eficaces. Pero rechazan que este cambio pase por una privatización de la gestión. También alguno de los entrevistados indicó que la sanidad pública seguía manteniendo un servicio de calidad, con una atención y seguimiento de los pacientes mejor que el que se realiza en la sanidad privada.

La persona que no mostró rechazo profundo hacia una privatización de la sanidad tampoco evidenciaba una aceptación clara. Esta persona es médico, e insistió varias veces en que los pacientes de la sanidad pública demasiado a menudo no valoraban de los servicios que se prestan, y que claramente abusaban de ellos. El discurso de esta persona estaba pues diferenciado del resto de entrevistados. Una particularidad es que su origen es latinoamericano, y quizá sería interesante para futuros trabajos investigar la visión particular que el colectivo médico de origen no español que trabaja en España, porque su

experiencia previa en otros países puede aportar una visión diferente y más rica, por su contraste con el discurso más homogéneo de los médicos españoles de origen. Como muestra de una opinión general, ofrecemos un fragmento de una entrevista:

“Las mismas personas que pueden trabajar en la sanidad pública, lo pueden hacer en la privada, y por trabajar en una empresa privada no lo vas a hacer mejor que en una empresa pública... sólo que encima con dinero de por medio... y cobrando incentivos si gastas menos o si... no sé... yo no creo que la privatización sea la solución para nada” (Médica nº8, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

Opinión sobre el RD-Ley 16/2012

Los entrevistados, prácticamente en todas las entrevistas, afirmaban o admitían que hay que realizar reformas en la gestión sanitaria pública, pero no creían que las medidas implantadas en el RD-Ley 16/2012 estuvieran bien encaminadas. La narrativa que parece subyacer a estos comentarios relaciona estas medidas a un proceso de privatización, más o menos encubierto, de la sanidad.

No obstante, esta negación general, sí se consideraban positivamente algunas medidas, como en el caso de la sustitución de los medicamentos de marca por genéricos, por su menor coste y por compartir el principio activo. Igualmente aceptaban que se valoraran más las prestaciones, para que fueran utilizadas cuando fueran realmente necesarias.

Pero, frente a estos aspectos positivos, la opinión generalizada era de un rechazo muy marcado, subrayado en algunos aspectos concretos. Por ejemplo, se señaló en todas las entrevistas que la ausencia de tarjeta sanitaria en el caso de algunos inmigrantes podía conducir a graves problemas de salud pública general, y no sólo a esas personas. Una enfermedad contagiosa fuera de control podría convertirse rápidamente en una epidemia que pudiera afectar gravemente no ya a la población inmigrante, sino a los españoles de origen.

También se señaló, de manera general, que el RD-Ley 16/16/2012 ha ido acompañado de un aumento de los aspectos burocráticos y administrativos que derivaban directamente en una peor atención sanitaria y, por ende, en una peor gestión de la salud. Mostraron un considerable recelo a la eficacia práctica de las medidas del decreto, en el sentido de que la atención en Urgencias es por naturaleza mucho más cara que la atención constante y normal y, sobre todo, de una adecuada medicina preventiva.

“Yo, por ejemplo, en Entrevías tenía pacientes que tenían tarjeta, que... que iban, y luego al salir esa ley, ella por ejemplo tuvo una artritis reumatoide y yo estaba impedida de poderla derivar al reumatólogo, y tenía que tratarla yo. Con lo cual este peso enorme, de no poder derivar, de no poder hacer analíticas y tal, como ellos tenían como un cierto derecho a tener asistencia en urgencias que, como médico de atención primaria, caía sobre mí el peso de tener que decidir como si fuera un especialista” (Médica nº10, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

Dificultades de acceso económico a los medicamentos

La mayoría de los entrevistados señaló que habían conocido personalmente en su práctica profesional, o en los relatos de compañeros, a personas que, desde el inicio de la crisis, y más aun desde la aplicación del RD-Ley 16/2012 y el copago farmacéutico, no habían podido acceder, o les había costado un gran esfuerzo económico, a los medicamentos, por su situación económica personal. Por ejemplo, a la pregunta de si había conocido gente en tal situación, una médica respondió:

“Sí (...) «no lo tomo porque no puedo pagarlo» [citando a los pacientes]. Sí. Mucha gente. Más de lo que te imaginas.” (Médica nº 8, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

Crisis y problemas psicológicos

Todos los entrevistados fueron unánimes al señalar el aumento de la incidencia de problemas psicológicos con la crisis, en forma de estrés, depresiones, ansiedad, baja autoestima, etc. También se señala la incidencia de estos problemas en personas que han caído en el desempleo o en el empleo precario. Los entrevistados indican un menor cuidado personal, un empeoramiento claro de la atención en la alimentación y una disminución de la práctica del deporte. Alguno de los entrevistados afirmó que estos efectos estaban empezando a aumentar unos años después de la crisis, más o menos en el año 2014. Ponemos un ejemplo de comentario en este sentido, en una entrevista efectuada en 2014:

“Con la crisis no hay dinero, y eso repercute en todo (...) repercute en eso, al comer, en el estado de ánimo, en las depresiones, el abandonarse, el dejarse, incluso ya te he dicho, en ansiedades que puedan repercutir en el bienestar” (Médica nº 10, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

Crisis y cambios en la alimentación

La gran mayoría de las entrevistas señalan un efecto importante de la crisis en la alimentación. Se afirma que la calidad de la misma ha disminuido en algunos casos. Se señala también el aumento de casos de obesidad y de infrapeso. Se subraya la importancia de estos efectos en la alimentación infantil, por su impacto a largo plazo en la salud; y se indica igualmente el incremento de los costes económicos que supondrá atender esta situación.

Las causas de esta situación se explican por dos motivos. Se atribuye a la falta de recursos, sobre todo en el caso de alimentos necesarios, pero relativamente caros, como la carne y el pescado. También la disminución de la autoestima, y los problemas psicológicos, influyen en la calidad de la alimentación.

Los entrevistados, enfermeros y médicos, notaron que en ocasiones, cuando recomendaban el seguimiento de una dieta, los pacientes descartaban esa

posibilidad por alguno de estos motivos. Un ejemplo de este tipo de cuestiones comentadas es la opinión que muestra este enfermero, cuando se le preguntó sobre el efecto de la economía en la salud:

“La población que tenemos nosotros por la situación económica [hace referencia a la situación económica del barrio donde se sitúa el centro de salud, que es de clase media-baja y muy afectada por la crisis], y es lo que realmente caracteriza todo esto, es que es una población vulnerable. Nos podemos cuidar de todas formas, pero ellos mismos son una persona... que no terminan de rematar porque... ya per se son vulnerables. El tomar un filete es un aporte de proteínas, el tomar pescado es un aporte de proteínas, pero a lo mejor el número de veces que toman a la semana, es distinto. A lo mejor se alimentan más de grasas, y a lo mejor no todas buenas. A lo mejor sí se alimentan de una serie de alimentos, pero no son tan ricos de muchas cosas, y claro, ahí hay un desequilibrio de alimentos que...” (Enfermero nº 13, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase baja)

Crisis y atención a las enfermedades crónicas

Muchos de los entrevistados señalan el especial impacto que la crisis ha tenido en la atención de los pacientes crónicos, que por su propia naturaleza requieren de atención especial. Así se destaca que los hipertensos y los diabéticos pueden tener que atender su dolencia con un coste económico, por la medicación, pero también por la necesidad de una alimentación especial, que bajo los efectos de la crisis puede ser un impedimento.

Según los entrevistados, los inmigrantes son un estrato de la población especialmente afectado, por su pérdida de la condición de asegurado, que impide su debido seguimiento.

“El otro día vino una paciente que llevaba tres años sin venir al centro de salud, porque creía que no la podían ver, con un problema de tiroides. Había dejado de tomar la medicación... no se hacía análisis... pues

hombre, me parece muy grave” (Médica nº 8, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

Impacto en pacientes de la sanidad privada y pública

Todos los entrevistados indican también el muy diferente impacto que la crisis ha provocado en los pacientes habituales de la sanidad pública, frente a los de la sanidad privada. A éstos últimos se les atribuye una mayor capacidad económica y, por lo tanto, más facilidad para sortear los efectos de la crisis. No obstante, se ha comentado que algunos pacientes han tenido que dejar de acudir a la sanidad privada y han tenido que ir a la pública. También, el hecho de que las listas de espera en la sanidad pública pueden llegar a ser muy extensas, se señala una ventaja clara de los pacientes que acceden a la sanidad privada, que pueden sortear esta espera.

“Que venía gente con las pieles todavía, rebotada de la sanidad privada, y que tuvieron que bajarse un poco los pantalones y venir a la sanidad...[pública] y que ahora sí, que ahora están encantados, pero sí que se nota mucho” (Enfermero nº 9, centro de salud público de atención primaria situado en un barrio de clase alta)

9.2. Opiniones contrapuestas

Frente a la relativa unanimidad de los temas tratados en el apartado anterior, destacan otros en los que las opiniones son más discrepantes. Entre estas, señalaremos:

- Causas de las reformas legales
- Impacto en los sectores más vulnerables
- Frecuencia de visitas al médico
- Petición de bajas laborales

- Grado de conocimiento por los usuarios de la sanidad de sus derechos

Causas de las reformas legales

Una parte de los entrevistados, pero sólo una parte, indican motivos de interés privado en la aplicación de las reformas, en especial del RD-Ley 16/2012. Así se señala que detrás de estos cambios están los intereses particulares de diversos grupos económicos, que pretenden hacer de la sanidad un negocio. La crisis económica sería la excusa que usarían estos grupos para justificarse.

“En cuanto a las listas de espera, en la pública están intentado recortarlas, para pasar a la misma población a la privada. Están diciendo que están sobre... que hay muchísima agenda, cuando realmente no hay (...). Es decir que se está intentando dar una publicidad a la pública que no es cierta” y “recortan mucho, y dicen que está todo muy ocupado y lo que realmente pretenden es llevarlo todo a la privada” (Enfermera nº 5, centro de salud público de atención primaria situado en un barrio de clase media)

Esto vendría a obedecer a la misma narrativa antes comentada, donde se percibe que ciertos colectivos minoritarios, pero influyentes, formado por empresarios y políticos, pretenden privatizar la sanidad para el beneficio propio.

Impacto en los sectores más vulnerables

Ante la cuestión de cuáles serían los sectores que más se verían afectados por la crisis, hubo claras diferencias entre las personas entrevistadas. Algunas señalaron los niños, sobre todo por la caída en la calidad de la alimentación y su posible impacto futuro. Otras indicaron que los ancianos, por la dificultad para afrontar la crisis con pensiones muy bajas. Otras los parados, o los trabajadores precarizados, sobre todo por el impacto que esas situaciones tienen desde el punto de vista psicológico. Incluso en alguna entrevista se señaló a los hombres de 40-60 años de edad en situación de desempleo, porque estar desempleado implicaba no poder cumplir con el rol de “proveedor de sustento económico del hogar”, generándoles ansiedad y problemas psicológicos, mientras que, al

mismo tiempo, su concepción masculina tradicional les impedía asumir el problema y pedir ayuda para tratar esta situación. Dentro de los precarizados algunos entrevistados señalaron a los jóvenes, a los que la crisis habría situado en una situación especialmente vulnerable. También se indicaron a las personas con pocos recursos en general, los enfermos crónicos, o los inmigrantes.

“Muchas veces el paciente más estresado es el paciente adulto de una edad entre 40-60 años que no nos viene (...) no nos viene porque no tienen costumbre, no se consideran enfermos, no consideran a lo mejor que el tema del estrés sea un tema de enfermería...” y *“mucho de la patología que existía era esa; es decir, que los hombres a la hora de quitarse su problema de ser el rol, de ser el que lleva el dinero a casa, eso al estar en paro, ese rol desaparecía, y parecía que con ello se iba toda su historia de rol-masculino-hombre”* (Enfermero nº 13, centro de salud público de atención primaria situado en un barrio de clase baja)

Frecuencia de visitas al médico

Hay clara discrepancia en lo que refieren las personas entrevistadas en este particular. Un grupo señala que las visitas han disminuido con claridad. Se atribuye esta situación al miedo de perder el trabajo por la baja médica, a la dificultad de poder pagar la medicación o la dieta prescrita.

Otro grupo indica, en cambio, que las visitas médicas han aumentado, porque también lo habrían hecho los problemas de salud. Estos señalan que las visitas al médico se notan más a principios de mes, cuando las personas han percibido sus sueldos o pensiones. Por ejemplo, un enfermero, ante la pregunta de si ha notado efectos de la crisis económica responde:

“Se nota sobre todo que la gente retrasa mucho el venir al médico por evitar perder el trabajo” (Enfermero nº 9, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase alta)

Petición de bajas laborales

Otro tema en el que surgen discrepancias es en la frecuencia de petición de bajas laborales. Una parte de los entrevistados señala que con la crisis ha disminuido esa frecuencia, y se interpreta este hecho en la percepción de que los pacientes tienen más reparo a solicitarlas, para no causar problemas en sus trabajos. Un ejemplo de estas opiniones es:

“Si tienes alguna dolencia o necesitas alguna baja realmente, a lo mejor la gente no se lo quiere coger por el miedo a que le despidan del trabajo porque hay muchísima gente que quiere trabajo” (Enfermera nº 4, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media)

Otra parte, en cambio, ha notado que las bajas laborales aumentan con la crisis.

Grado de conocimiento por los usuarios de la sanidad de sus derechos

Una parte de los entrevistados indica que los pacientes conocen sus derechos, y otra parte cree que no, motivo causante de muchos problemas de salud desatendidos.

“De derechos la gente no sabe nada. Eso sí, en lo que tienen muy claro es que ellos piensan todos, que por haber pagado a la Seguridad Social tienen derecho a médico de la Seguridad Social. Eso lo tienen clarísimo. Entonces a la asistencia sanitaria sí, porque ellos lo dicen «yo he pagado seguridad social, me sienta muy mal que me hayan quitado, que me hayan puesto el copago», ¿me entiendes? O sea, ellos tienen, no tendrán nociones de derecho, pero que tienen derecho a una asistencia sanitaria por haber pagado a la Seguridad Social, lo tienen clarísimo” (Médica nº 10, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media-baja)

9.3. Temas tratados de forma menos frecuente

Hay varios temas que han sido tratados de manera más puntual, y no de forma generalizada. Pasamos a detallar algunos de los más relevantes.

Un comentario muy interesante, por parte de una enfermera, es que se nota un retardo temporal de los efectos de la crisis con la propia crisis. De manera que es, cuando se le hacía la entrevista, cuando ella notaba un aumento claro de esos efectos:

“y se ve ahora últimamente más ... porque la gente está ahora en una situación de dos años en paro”, y “Antes era una población que no veías mucho en la enfermería y ahora es que todas las semanas hay uno o dos casos así, además que lo estoy viendo desde hace poco” (Enfermera nº1, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media)

Sin embargo, una de las entrevistadas ante nuestras preguntas señaló que no creía que existieran efectos en la salud por la crisis. Curiosamente daba la impresión de que quería defender que sí había efectos en la salud, pero no encontraba base para defender esa idea.

Algún entrevistado ha señalado que se han producido cobros ilegales en urgencias a las personas sin tarjeta sanitaria, o que se les remite una factura, a pesar de que según la ley sí tienen derecho a la atención en urgencias, aunque después se les devuelva el dinero o no se pretenda cobrar la factura emitida.

Otra idea que también ha aflorado es que desde la crisis se realizan menos pruebas diagnósticas, atribuyéndose este hecho a la intención de ahorrar costes, de manera que podría repercutir negativamente en la salud de los pacientes.

También algunas personas entrevistadas aseguraron haber notado que, con la crisis, se ha producido un aumento de las enfermedades cardíacas, atribuyéndose esta situación a que las personas en riesgo desatienden su cuidado.

9.4. Contradicciones en cada relato

En alguna de las entrevistas parece como si hubiera posiciones contrapuestas en los propios entrevistados. Una muestra de esto es un enfermero que, por una parte, señala que en la sanidad pública los médicos están más preparados, pero que en la privada trabajan mejor porque hay más control:

“La privada pueden tratar cosas, no menos importantes, pero que no son tan urgentes en tu vida. Pero en la pública sí pueden atenderte cosas muy urgentes y vitales, y yo creo que lo van a hacer mejor. Hay más medios, y los profesionales en general están más cualificados, porque como que tienen ya más trayectoria” y “también es verdad que lo privado, el lado bueno que tiene, es que los profesionales que están, están porque a lo mejor se lo merecen más, o como que están más ... puede ser, eh ... o sea, como que hay más control, vamos a dejarlo ahí. Porque es verdad que en la sanidad pública hay mucha gente que a lo mejor no hace lo que debería porque como que están muy seguros en sus puestos, y en la privada pues no, ¿sabes? Como que hay más control del personal que haga lo que tenga que hacer y que trabaje bien” (Enfermero nº2, centro de salud de atención primaria situado en un barrio de clase media)

En definitiva, por una parte se defiende la cualificación de los profesionales del sector público y, por otra, se señala que en el sector privado el trabajo se haría mejor, por el mayor control y la menor dejadez, ante la falta de una seguridad absoluta en el puesto de trabajo.

Parece que en este caso se deja entrever una narrativa distinta en torno a lo privado. Si bien la narrativa claramente dominante ha sido la que concibe a la privatización como el proceso orquestado por una minoría influyente, de políticos y empresarios, para obtener beneficios privados. En esta ocasión aflora una narrativa que concibe lo privado desde un punto de vista más pragmático. No se resalta únicamente el tema de los beneficios particulares, sino que se pone el acento en el aspecto de la gestión y su supuesta mejor eficiencia.

9.5. Sinopsis de las entrevistas

Las entrevistas han resultado ser bastante homogéneas en cuanto al contenido y las narrativas que parecen subyacer en los argumentos. Vamos a comentar los puntos más relevantes comentados en el capítulo.

En general, destaca el rechazo a la privatización de la sanidad o de la gestión sanitaria y al RD-Ley 16/2012. Se argumenta que la sanidad privada obedece a intereses particulares, cuando debería de obedecer a intereses solidarios y de eficacia médica. El RD-Ley 16/2012 se rechaza principalmente por la limitación en el acceso a la sanidad primaria y especializada, a algunos colectivos de la sociedad (principalmente a los inmigrantes no regulados). Especialmente grave es la situación de los que tienen alguna enfermedad crónica, que requiere de un seguimiento más intenso, como es el caso de los diabéticos o hipertensos, por ejemplo. Si bien, algunos también conciben a este decreto como un proceso encubierto de privatización. Se destaca asimismo en varias entrevistas la falta de acceso a la medicación por falta de recursos económicos, situación agravada por el copago que incluye el RD-Ley 16/2012. Como efectos de la crisis, la mayor parte de los entrevistados han resaltado el aumento en los problemas psicológicos (estrés, ansiedad, depresión, dejadez, etc.). El empeoramiento de la alimentación ha sido ampliamente mencionado también, provocado por la falta de recursos (no poder comprar alimentos de calidad) y por la mayor dejadez y decaimiento. Crisis y atención a las enfermedades crónicas. También se ha comentado ampliamente que los pacientes de la sanidad pública son los más negativamente afectados (porque son los que tienen falta de recursos económicos), y que algunos pacientes de la sanidad privada han tenido que acudir a la pública por no poder mantener los costes de esta.

Ha habido otros temas ampliamente comentados, pero con argumentaciones variadas. En este sentido, ha habido varias interpretaciones en cuanto a los motivos que han llevado a la aprobación del RD-Ley 16/2012. Algunos creen que se trata de una privatización encubierta, y otros simplemente que es un intento no acertado de mejorar la gestión. En cuanto a los sectores más vulnerables a los efectos en la salud provocados por la crisis y el decreto, ha habido menciones muy variadas: población infantil, población anciana, inmigrantes, parados,

hombres parados, etc. Se destaca la poca homogeneidad de los comentarios en torno a la frecuencia de las visitas al médico: algunos afirman que se acude más a la consulta porque hay más problemas de salud y que además se piden más bajas; y otros destacan que se acude menos precisamente, por lo contrario, el miedo a las bajas laborales (y sus posibles repercusiones en el trabajo). Y, por último, destacamos las diferencias en la percepción sobre la actuación de los inmigrantes que se han quedado sin acceso. Algunos defendían que conocían muy bien su derecho a la asistencia; otros han señalado la gravedad de las personas que quedan sin atender, por no saber que al menos tienen derecho a la asistencia, o que según sus características (embarazadas, menores, etc.) sí han tenido derecho a la atención primaria y especializada.

Estas repuestas han servido para definir el cuestionario (mejorar la terminología, e incluir preguntas y repuestas no contempladas previamente); enfocar el análisis estadístico, en algunos casos (por ejemplo, cuando se insiste en el empeoramiento en la alimentación o en los problemas psicológicos, lo que ha provocado poner especial atención en estos indicadores estadísticos); en otras ocasiones, interpretar los datos estadísticos (por ejemplo, que el aumento de las urgencias no se debe a mayor ocurrencia de problemas de salud, sino a la limitación del acceso a la atención primaria y especializada), ha aportado información donde las fuentes estadísticas no han podido hacerlo (como ya se comentó en el capítulo 7, por la falta de disponibilidad de datos relacionados con la atención primaria), y ha permitido indagar en las posibles narrativas que subyacen a las respuestas.

CAPÍTULO 10. Opinión de los profesionales de la salud II: encuesta

A continuación, vamos a mostrar los resultados obtenidos con la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

En primer lugar, destacar que la participación ha sido relativamente moderada-alta, obteniendo 1.008 respuestas de los 43.772 médicos colegiados que había en el momento de la realización de la encuesta (2017), según las estadísticas sobre profesionales sanitarios colegiados del INE⁴³.

Tal y como se observa en el gráfico 10.1, la mayor parte de los médicos que han participado en la encuesta se incluyen dentro de la especialidad de medicina familiar 249, seguida de la de pediatría 68, en correspondencia con el número de colegiados de estas especialidades. En ambos casos y en la mayor parte de las ocasiones, son los que derivan los pacientes a las demás especialidades. Esto es un aspecto positivo para nuestro objetivo de investigación, porque cabe esperar que tengan una visión más general del estado de salud de los ciudadanos que el resto de médicos especialistas.

Este capítulo se divide en cuatro grandes secciones. La primera explora la opinión de los médicos encuestados sobre el sistema sanitario español, con especial foco en las concepciones en torno a la sanidad pública y privada. En la segunda parte se analizará la opinión sobre los efectos en la salud y la sanidad

⁴³ INE. (2017). Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de:
<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2017/I0/&file=s01002.px>

derivados del RD-Ley 16/2012. Una tercera sección hará lo mismo, pero a partir de los efectos de la crisis económica. Por último, se clasifica toda la información en cuatro tipologías de encuestado para resumir la información y ver qué variables están más relacionadas. Comencemos por tanto con la primera sección, analizando la opinión sobre el Sistema Nacional de Salud.

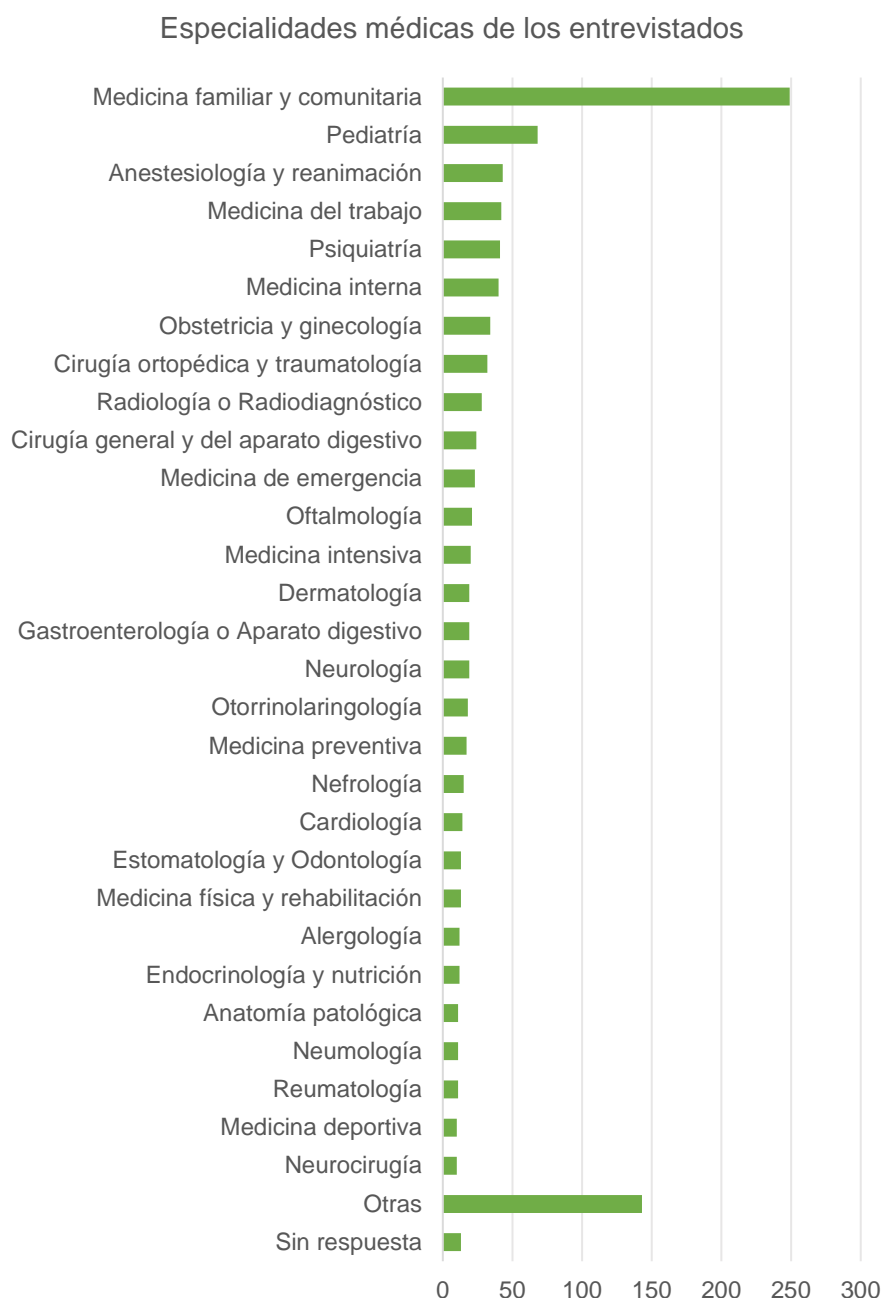


Gráfico 10.1. Especialidades médicas de los médicos encuestados. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid⁴⁴.

⁴⁴La categoría “otras” incluye las especialidades con frecuencia menor a 10 casos, que se han unificado para facilitar la visualización del gráfico: proctología, neurofisiología clínica, bioquímica clínica, salud

10.1. Opinión sobre el sistema sanitario español.

El sistema sanitario y los cambios legislativos (especialmente en el ámbito de la salud como es el caso del RD-Ley 16/2012), tienen un papel fundamental a la hora de mitigar o afrontar las posibles consecuencias de las crisis económicas en la salud, tal y como ya hemos señalado en el marco teórico. Debido a este papel clave, resulta pertinente conocer lo que los propios profesionales opinan del sistema sanitario. Lo más interesante sería poder comparar estas opiniones a lo largo del tiempo, antes, durante y después de la crisis económica, y observar cómo evolucionan según el contexto económico. En el caso que nos ocupa, dado el carácter transversal de esta encuesta, únicamente tenemos la opinión de un momento muy concreto, que se corresponde al inicio de una nueva etapa de crecimiento económico⁴⁵ (2017). En cualquier caso, esta encuesta podría servir como precedente para futuras mediciones que permitan representar esa evolución temporal de las opiniones.

Los interrogantes clave que se plantearon a la hora de definir esta sección en el cuestionario, los cuales pretendemos dar respuesta con los datos obtenidos, son: ¿Qué opinan los médicos acerca del sistema sanitario español? ¿Qué aspectos valoran de forma más positiva y más negativamente? ¿Cómo valoran la sanidad pública y la privada? Nuestras variables clave en esta sección son:⁴⁶

- P6) Valoración del funcionamiento del sistema sanitario en España
- P7) Grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:
 - Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...:

pública, oncología radioterápica, neonatología, infectología, hidrología médica, cirugía pediátrica, cirugía oral y maxilofacial, cirugía cardiovascular, medicina nuclear, cirugía torácica, inmunología, farmacología clínica, epidemiología, angiología y cirugía vascular, análisis clínicos, urología, medicina forense, cirugía plástica, oncología médica, microbiología y parasitología, hematología, geriatría. Además, también incluye a todos los que en el propio cuestionario no se identificaron con ninguna de estas categorías mencionadas y marcaron la opción “otra (especialidad)” (36 casos).

⁴⁵ Según los datos del INE, en el 2017 España ya contaba con un PIB a Precios de Mercado de 1,2 billones de euros, superior al período anterior al inicio de la crisis (2007 y 2008) cuando contaba con 1,1 billones de euros de PIB a Precios de Mercado. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=res ultados&idp=1254735576581

⁴⁶ Puede consultarse la formulación exacta de la pregunta en el cuestionario incluido en el ANEXO

- P7a) la sanidad pública
- P7b) la sanidad privada
- P7c) la sanidad pública con gestión privada
- Se ofrecen todos los tratamientos necesarios, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...:
 - P7d) la sanidad pública
 - P7e) la sanidad privada
 - P7f) la sanidad pública con gestión privada
- La atención sanitaria es excelente en...:
 - P7g) la sanidad pública
 - P7h) la sanidad privada
 - P7i) la sanidad pública con gestión privada
- P8) Qué sistema sanitario debería ser el principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos
- P9) Aspecto positivo más importante de la sanidad pública
- P10) Aspecto positivo más importante de la sanidad privada
- P11) Aspecto positivo más importante de la sanidad pública con gestión privada

A lo largo de esta sección daremos una descripción de las principales respuestas para ver qué ha contestado el colectivo médico sobre estas cuestiones.

10.1.1. Valoración general del sistema sanitario en España

Dominan las opiniones favorables hacia el sistema sanitario, con un amplio 55% de los encuestados que considera que “el sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios”. Le sigue una opinión algo más negativa, los que afirman que “el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan” con el 33% de las respuestas. Los que tienen la visión más positiva de todas al considerar que “en general, el sistema sanitario funciona bastante bien” suponen el 9% de las respuestas. Y por último un 2% cree que “el sistema sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente”.

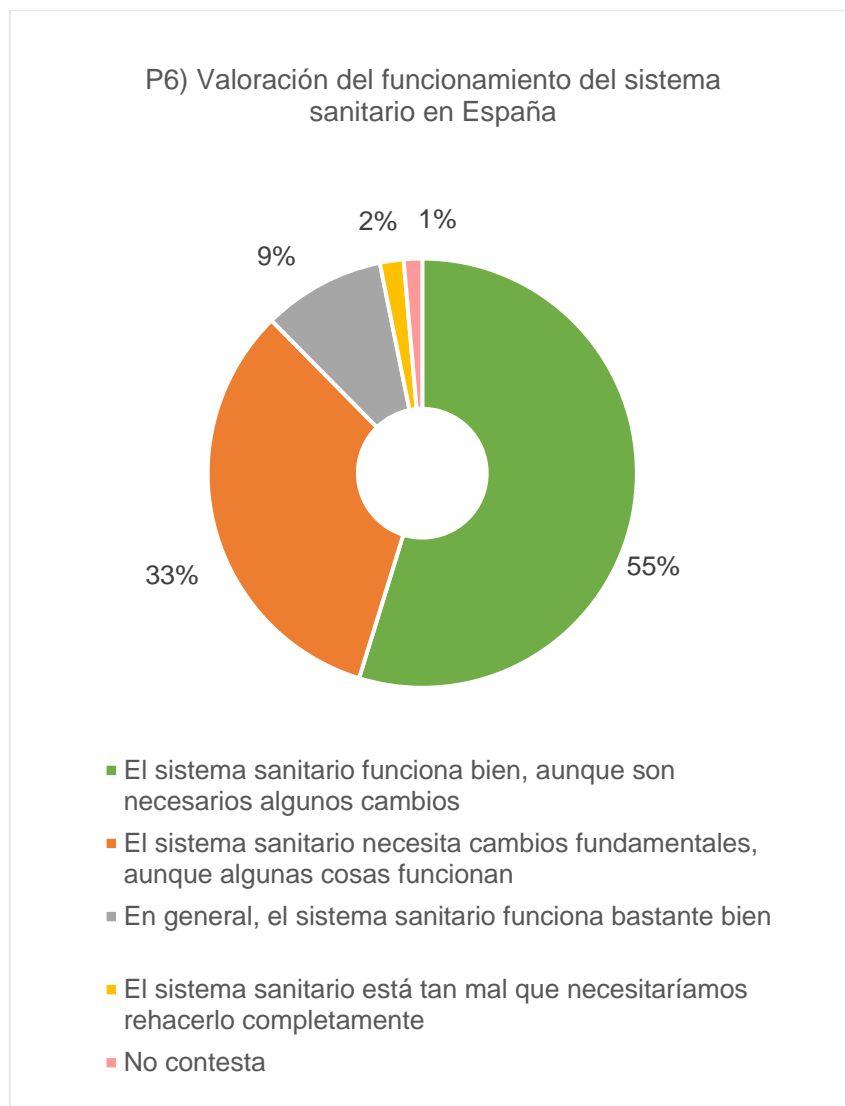


Gráfico 10.2. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario en España⁴⁷. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

10.1.2. Valoración de la sanidad pública y privada en España

Aspectos generales

La pregunta 7 se divide en tres apartados, donde se pide la valoración⁴⁸ en aspectos relacionados con: a) las pruebas diagnósticas, b) con los tratamientos

⁴⁷ La pregunta original es “De las siguientes afirmaciones, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario de nuestro país...?”

⁴⁸ Escalas de valoración de 0 a 10, donde 0 significa “nada de acuerdo” y 10 “totalmente de acuerdo”

necesarios y c) con la excelencia de la atención sanitaria. Esto se hace, a su vez, para cada tipo de sanidad: pública, privada y pública con gestión privada.

Con respecto al primero de los aspectos mencionados, se recoge en la variable “P7.1) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...”. Hay un alto grado de acuerdo y cierta homogeneidad en las respuestas (media de 8,8 y desviación típica más baja que el resto), cuando se refiere a la sanidad pública. Sobre si se realizan todas las pruebas diagnósticas necesarias en la sanidad privada y en la pública con gestión privada, se observan más discrepancias en las opiniones, con medias más bajas y desviaciones típicas más altas, tal y como se muestra en el gráfico 10.3. En general la sanidad pública es la mejor valorada.

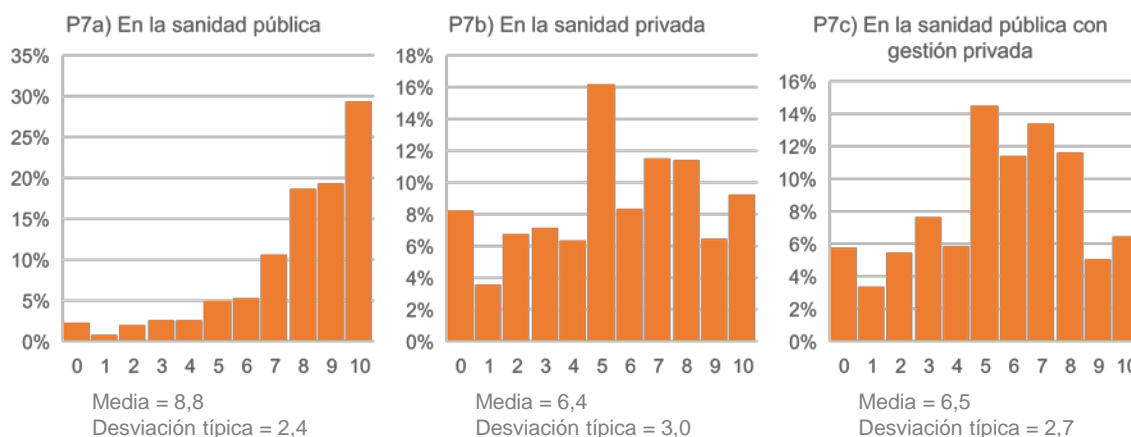


Gráfico 10.3. Grado de acuerdo con la realización de todas las pruebas diagnósticas necesarias en cada tipo de sanidad. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

El mismo patrón descrito se repite en la pregunta “P7.2) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...”

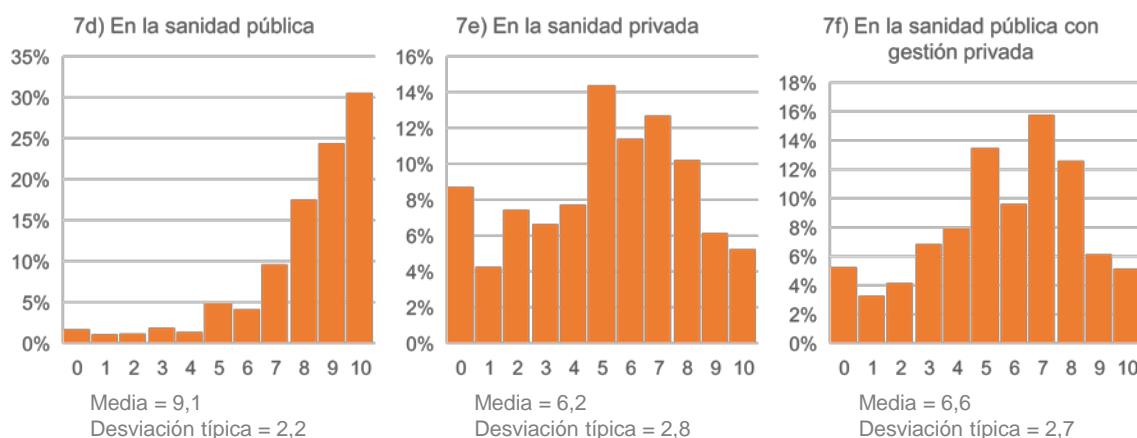


Gráfico 10.4. Grado de acuerdo con la oferta de los tratamientos necesarios en cada tipo de sanidad. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Sin embargo, en la variable “P7.3) La atención sanitaria es excelente en...” se observa un mayor acuerdo y una buena valoración en los tres tipos de sanidad referidos, siendo la sanidad pública la mejor valorada:

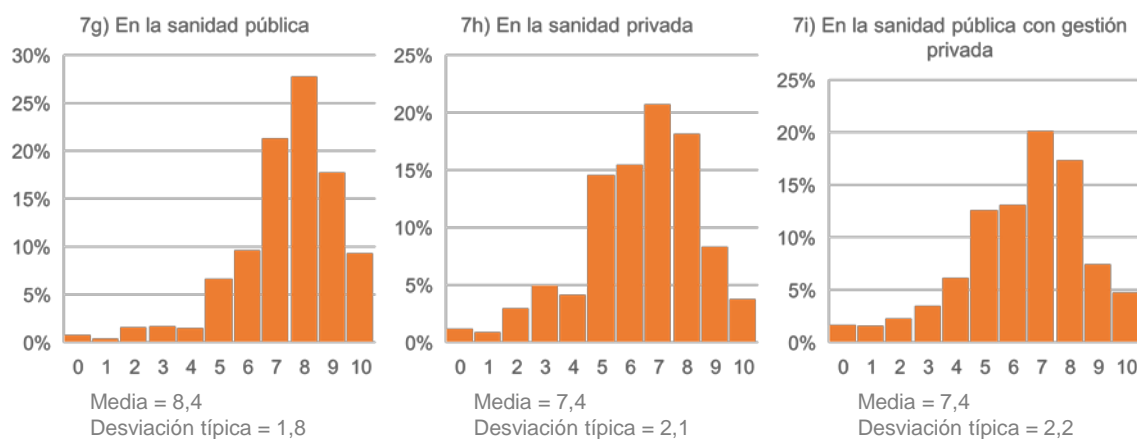


Gráfico 10.5. Grado de acuerdo con la excelencia de la atención sanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

En definitiva, la sanidad pública está unánimemente bien valorada en los tres aspectos mencionados (pruebas diagnósticas necesarias, tratamientos necesarios, excelencia en la atención sanitaria). En cambio, la sanidad privada y la pública de gestión privada presentan discrepancias en la valoración en lo concerniente a si se hacen las pruebas diagnósticas y los tratamientos necesarios.

¿Cuál es el mejor modelo sanitario para España?

Tras valorar distintos aspectos de la sanidad pública y privada, se pregunta, de forma general, cuál cree que debería ser el principal sistema sanitario en España⁴⁹. Se considera que esta es una cuestión que requiere de cierta reflexión, por lo que, siguiendo las recomendaciones de Sheatsley (1983) para estos casos, se ha optado preguntar primero por aspectos específicos y luego plantear la pregunta general, esperando tener una opinión más meditada.

En línea con las respuestas anteriores, se observa una opinión mayoritaria a favor de un sistema sanitario público gestionada por el estado. Concretamente un 72% de las repuestas abogan por una sanidad pública gestionada por el estado, un 12% por la sanidad pública gestionada por empresas privadas, un 6% defiende los seguros privados subvencionados por el estado y únicamente un 2% se decanta por la sanidad privada. Un 6% ha preferido especificar su modelo ideal en la opción “otro”.

⁴⁹ La pregunta original es “¿Cuál cree usted que debería ser el sistema sanitario principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos?”

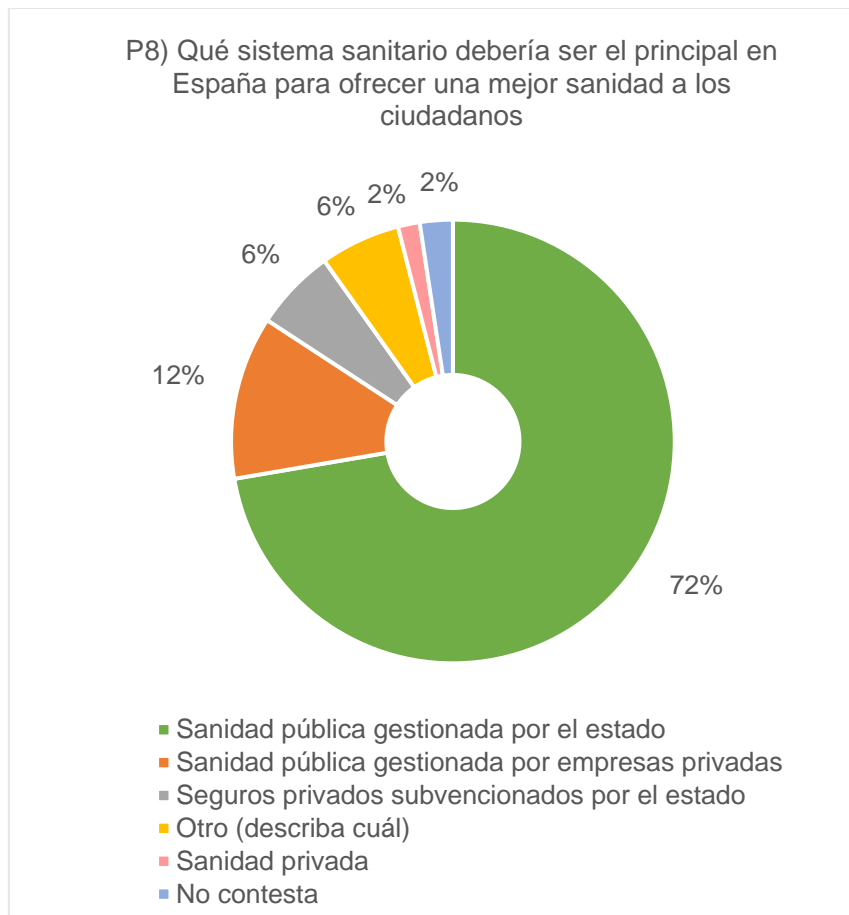


Gráfico 10.6. Qué sistema sanitario debería ser el principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Hacemos notar que la respuesta “otro (describe cuál)” tiene una pregunta abierta anexa, que no sólo fue utilizada por los que escogieron esa opción “otro”, sino también por algunos encuestados que escogieron las otras opciones de respuesta. Para analizar estas respuestas textuales, hemos utilizado un procesamiento de los datos basado en la frecuencia de los términos utilizados. Se ha usado un programa de conteo de palabras, y se ha generado una nube de etiquetas (gráfico 10.7) con las palabras que han sido mencionadas más de una vez⁵⁰. Cuanto más frecuente sea un término, mayor será su tamaño en el gráfico (los colores no nos informan sobre ningún aspecto en particular, cumplen la función de facilitar la visualización). A su vez se han filtrado los comentarios asociados a los 25 términos más usados, obteniendo de este modo una aproximación a cuáles han sido los temas más tratados en las respuestas.

⁵⁰ <https://wordart.com/create>

Se han revisado los comentarios asociados a cada término, por separado, y se ha comprobado que, de forma generalizada, hacen referencia a las mismas cuestiones. Básicamente se defiende una sanidad pública gestionada por el Estado, pero se resalta ampliamente que la gestión debe ser más eficiente. Destacan también amplias menciones a la complementariedad de una sanidad privada, de modo que la ciudadanía pueda escoger qué servicios quiere usar. Subrayar también las menciones a que la gestión debería ser como una empresa privada (más eficiente), o que incluso podría gestionarse por una empresa privada, pero destacando mayoritariamente que sin ánimo de lucro.



⁵¹ Entre los términos más frecuentes (y que aparecían en primer plano en el gráfico) se han eliminado algunos por ser irrelevantes desde el punto de vista semántico: “de”, “la”, “por”, “con”, “el”, “que”, “lo”, “en”, “no”, “se”, “para”, “ha”, “del”, “al”, “su”, “han”, “es”, “más”, “un”, “hay”, “algunos” y “como”. De este modo, se destacan más los términos cuyo significado sí nos informa sobre nuestro objeto de investigación.

Algunos comentarios de ejemplo sobre lo que los médicos encuestados consideran el mejor modelo sanitario para España son⁵²:

“Sanidad pública gestionada por el estado con gestores COMPETENTES y no partidistas, a ser posible, con parte de labor asistencial para mantener contacto con la realidad...” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en pediatría; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Servicio público gestionado eficientemente y acabando con los puestos de trabajo fijos entre los profesionales sanitarios” (entrevistado/a de la sanidad pública gestionada principalmente por una empresa privada; especialidad en neurología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Sanidad Pública bien gestionada con control sobre el gasto y el buen uso de los recursos con apoyo de privada para determinadas pruebas o estudios o especialistas” (entrevistado/a de la sanidad privada; especialidad en pediatría; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Sanidad pública gestionada por el estado, como si fuera una empresa privada, y pasar factura de todo el tratamiento y recursos que al empleado el paciente, para que sean conscientes del uso o abuso del sistema de sanidad pública y en algunos casos cobrar copagos cuando no se utilicen adecuadamente los servicios” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en medicina familiar y comunitaria; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Sanidad pública no populista gestionada con criterios empresariales de eficacia, índices coste/eficacia, laboriosidad, controles de calidad..etc.

⁵² Se muestra la transcripción literal de los comentarios.

Esto podría ser gestionado también por una empresa privada
(entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en reumatología,
cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

Aspectos positivos de la sanidad pública, privada y pública con gestión privada

Las siguientes preguntas (P9, P10 y P11) también son de tipo abierto, y se pide a los encuestados que señalen cuál es el aspecto positivo más importante de la sanidad pública, de la privada y de la pública con gestión privada. Siguiendo el mismo procedimiento descrito anteriormente, se han generado las nubes de etiquetas con los términos más frecuentes que los médicos ha usado en cada una de las preguntas.

De la sanidad pública [P9) Aspecto positivo más importante de la sanidad pública] se destaca la universalidad de acceso, la equidad de trato al paciente, la gratuidad, el gran nivel de los profesionales (con amplias menciones a su buena formación) y, en general, una buena calidad de los servicios. Los 25 términos más frecuentes han sido: “universalidad” (mencionado en 173 ocasiones), “universal” (114), “profesionales” (105), “todo” (80), “equidad” (75), “acceso” (74), “calidad” (73), “accesibilidad” (63), “paciente” (61), “tratamiento” (56), “atención” (52), “recurso” (38), “medio” (38), “cobertura” (36), “toda” (34), “gratuidad” (30), “formación” (28), “sanitario” (28), “personal” (25), “gratuita” (24), “mejor” (24), “sanidad” (24), “población” (22), “disponibilidad” (21) y “más” (21).

“La cualificación de bastantes profesionales sanitarios y no sanitarios”
(entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en psiquiatría;
cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

En cuanto a la sanidad privada [P10) Aspecto positivo más importante de la sanidad privada], se resalta la rapidez y los menores tiempos de espera (en las pruebas diagnósticas, en el acceso a especialistas y en general la atención), así como una mejor atención al paciente (más personalizada y con mejor trato). Los 25 términos más usados son: “rapidez” (citado en 210 ocasiones), “espera” (131), “prueba” (110), “atención” (94), “lista” (83), “paciente” (77), “menor” (76), “tiempo” (56), “para” (53), “acceso” (50), “mejor” (47), “accesibilidad” (44), “más” (43), “gestión” (36), “mayor” (33), “médico” (33), “trato” (31), “especialista” (28), “consulta” (27), “menos” (27), “comodidad” (26), “demora” (26), “calidad” (26), “eficiencia” (25) y “profesionales” (25).



Gráfico 10.9. Nube de palabras con los términos más usados en la pregunta P10⁵⁴. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Algunos comentarios ilustrativos sobre los aspectos positivos de la sanidad privada son:

⁵⁴ Se han eliminado los términos más frecuentes irrelevantes para nuestro estudio: “de”, “es”, “la”, “el”, “lo”, “en”, “que”, “su”, “del”, “con”, “se”, “por” y “al”.

“La rapidez a la hora de citas, intervenciones y todo tipo de abordajes” (entrevistado/a de la sanidad privada; especialidad en psiquiatría, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“La facilidad para acudir a especialistas de forma directa y la rapidez en la ejecución de pruebas diagnósticas” (entrevistado/a de la sanidad privada; especialidad en “otras”; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Atención al paciente. No dejan al paciente 4 horas en una sala de espera” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en medicina familiar y comunitaria; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

Por último, en cuanto al aspecto positivo más destacado de la sanidad pública con gestión privada [P11) Aspecto positivo más importante de la sanidad pública con gestión privada], destacan ampliamente las menciones a una gestión más eficiente de recursos (económica, personal, etc.), una mejor atención al paciente, mayor rapidez en las listas de espera y atención, y un mayor control del gasto. Por otro lado, hay que subrayar las amplias menciones a que “no hay ningún aspecto positivo que destacar” (de ahí el uso de “ninguno”). Los 25 términos más usados han sido: “ninguno” (referida 101 veces), “gestión” (86), “recursos” (70), “mejor” (65), “eficiencia” (47), “rapidez” (44), “gasto” (44), “control” (43), “espera” (42), “pública” (35), “paciente” (31), “gestión” (27), “personal” (27), “lista” (27), “pruebas” (27), “sanidad” (25), “mayor” (25), “privada” (25), “menor” (25), “calidad” (22), “atención” (21), “profesionales” (20), “servicio” (20), “mas” (18) y “coste” (18).



Gráfico 10.10. Nube de palabras con los términos más usados en la pregunta P11⁵⁵. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Algunos comentarios de ejemplo sobre lo comentado en esta pregunta resultan:

“Ninguno. Es una manera de desamortizar la medicina pública” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en obstetricia y ginecología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Mejor gestión y optimización de los recursos.” (entrevistado/a de la sanidad pública y privada; especialidad en cirugía ortopédica y traumatología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Rapidez en el acceso a pruebas y al profesional” (entrevistado/a de la sanidad pública y privada; especialidad en cardiología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

⁵⁵ Se han eliminado los siguientes términos irrelevantes para nuestro estudio: “de”, “la”, “es”, “el” “lo”, “en”, “que”, “su”, “del”, “con”, “se”, “por” y “al”.

“Control del gasto en general y del gasto innecesario por abuso de pruebas que a veces se solicitan.” (entrevistado/a nº 01007, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

10.2. Opinión sobre el Real Decreto-ley 16/2012.

Iniciamos esta segunda sección planteando los siguientes interrogantes, ¿creen los médicos colegiados en la Comunidad de Madrid que ha habido efectos en la salud debido a la aplicación del RD-Ley 16/2012? ¿Consideran que la calidad de los servicios sanitarios se ha visto afectada por este decreto? Si opinan que ha habido efectos en alguno de los ámbitos mencionados, ¿han sido positivos o negativos? Y, ¿cuál es el grado de acuerdo que tienen con la mencionada ley? Las variables más relevantes de esta sección son las siguientes⁵⁶:

- P12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012
- P13) Detalle de los efectos en la salud (positivos o negativos) del RD-ley 16/2012
- P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012:
 - P14.1) No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.
 - P14.2) Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.
 - P14.3) Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.
 - P14.4) Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas.
 - P14.5) Se ha reducido el número de algunos tratamientos.
- P15) Existencia de pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no disponen de medios económicos suficientes para sufragarla
- P16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012.

En primer lugar, mostraremos qué ha respondido el colectivo médico colegiado en la Comunidad de Madrid sobre estas cuestiones. Le seguirá un análisis bivariable que nos permitirá profundizar un poco más en los datos y nos ayudará

⁵⁶ Puede consultarse la formulación exacta de la pregunta en el cuestionario incluido en el ANEXO

a comprender mejor la estructura de la opinión. En este sentido se examinará la relación de las variables clave descritas anteriormente con otras incluidas en el cuestionario (variables sociodemográficas, años de experiencia en la profesión, ideología, etc.). Comencemos, por tanto, describiendo qué opinan los médicos encuestados sobre las cuestiones mencionadas.

10.2.1 ¿Ha tenido efectos en la salud?

Un 55% de los médicos encuestados cree que la aplicación del RD-Ley 16/2012 sí ha tenido efectos en la salud, según las respuestas dadas a la pregunta “P12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012⁵⁷”. De ellos, un 35% cree que han sido principalmente negativos, un 15% que han sido tanto negativos como positivos, y un 5% que han sido positivos. Por otro lado, están las opciones más neutrales, donde el 29% afirma no haber detectado ningún efecto y el 15% no tiene una opinión clara al respecto.

⁵⁷ La pregunta original es “Con el Real Decreto-Ley 16/2012 se modificó la condición de asegurado (se restringió el acceso universal y gratuito a la atención primaria y especializada), la financiación farmacéutica (se introdujo el copago por renta y la receta por principio activo) y se definió una cartera básica de servicios. ¿Ha notado usted algún efecto en la salud con la aplicación de esta ley?”

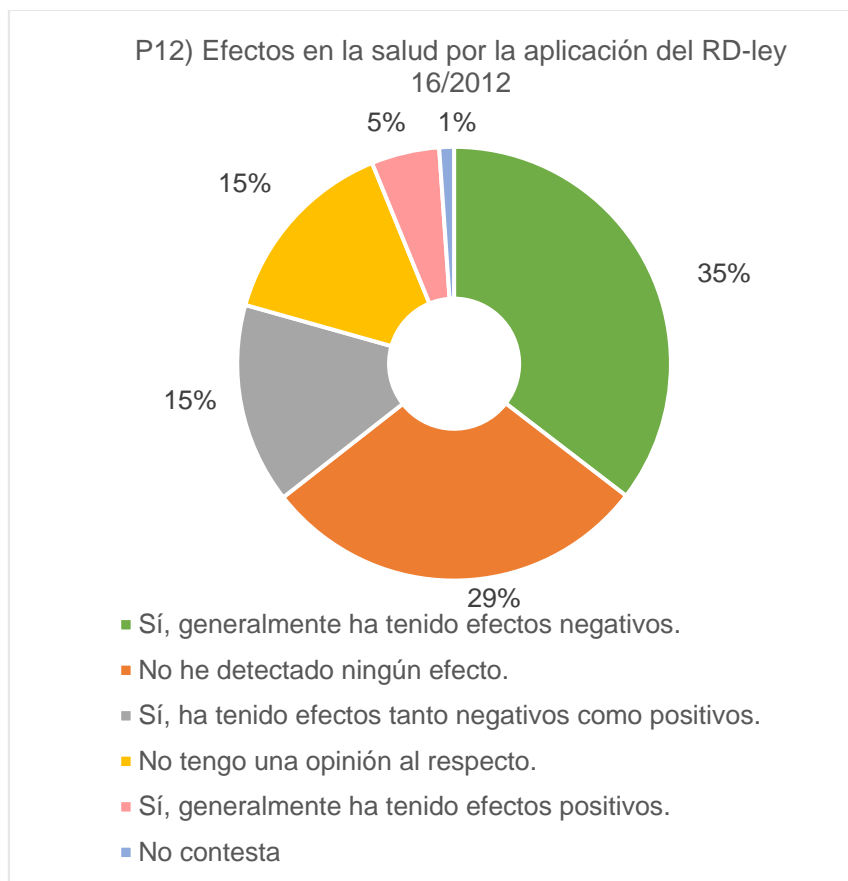


Gráfico 10.11. Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Pero más allá de saber si ha afectado a la salud o no, para conocer qué efectos concretos ha podido tener, se introduce una pregunta abierta en el cuestionario [13) Detalle de los efectos en la salud (positivos o negativos) del RD-ley 16/2012], pidiendo al encuestado que describa esos efectos referidos en la pregunta P12.

La forma de analizar estas preguntas abiertas es, como ya se ha descrito en la sección anterior, mediante una nube de etiquetas basado en las frecuencias de los términos más usados. Se han revisado los comentarios asociados a los 25 términos más usados, y se comprueba que principalmente hacen referencia a efectos negativos en la salud. Lo más comentado ha sido la existencia de pacientes que no pueden acceder a la medicación y a los tratamientos por falta de recursos económicos. De forma similar, destaca también la mención a los inmigrantes en situación irregular que han quedado excluidos de la atención primaria y especializada como consecuencia de la citada ley, señalando además

255

“Negativos la perdida de pacientes que mas necesitan asistencia, perdida de tratamientos necesarios, personas q incumplen tratamientos porque no pueden pagarlos.positivos racionalizacion del gasto farmaceutico, mejora de la prescripcion mas eficiente” (entrevistado/a de la sanidad pública y privada; especialidad en pediatría; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“(-)pacientes que no pueden comprar la medicacion ||| (+)exclusion de farmacos financiados para dolencias menores” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en medicina familiar y comunitaria; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Abandono de los tratamientos, al no poder asumir el coste algunos de los pacientes” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en otorrinolaringología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Pacientes que han dejado sus tratamientos o revisiones por falta de recursos” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en medicina familiar y comunitaria; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Los pacientes no pueden seguir los tratamientos, por sus costes” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en psiquiatría; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Empeoramiento de la asistencia a personas "sin papeles" y otros colectivos vulnerables. ||| - Concienciación del gasto sanitario en la población.” (entrevistado/a de la sanidad pública gestionada principalmente por una empresa privada; especialidad en geriatría; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

Pacientes que rechazan la toma de medicación por falta de recursos económicos

En la pregunta “P15) Existencia de pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no disponen de medios económicos suficientes para sufragarla”, como es de esperar, las respuestas van en la misma línea que lo manifestado en la pregunta anterior, y también con lo comentado en las entrevistas en profundidad.

Un 71% de los médicos encuestados afirma que existen pacientes que no toman la medicación por falta de medios económicos. Un 34% de ellos, cree que se dan especialmente tras la aprobación del RD-Ley 16/2012. Otros encuestados han notado el aumento de estos pacientes tras la crisis económica (23%), y otros más creen que son igual de frecuentes que siempre (14%). Por otro lado, están los que aseguran no haber conocido casos en tal situación, con un 26% de las repuestas. Y, de forma menos relevante, encontramos los que creen que existen, pero que son menos frecuentes desde la aprobación del RD-Ley 16/2012 y desde la crisis, aunque en ambos casos sus repuestas representan menos del 1%.

Cabe tener presente que, tal y como está formulada la pregunta, esta hace referencia a si el entrevistado opina que existen este tipo de casos, aunque no los haya conocido personalmente (salvo una de las opciones de repuesta, que hace mención expresa a que no ha conocido personas en esta situación). Se decidió incluir esta pregunta en el cuestionario porque este tema emergió de forma reiterada en las entrevistas en profundidad (de forma similar a como ha surgido reiteradamente en la pregunta abierta P13, comentada con anterioridad).

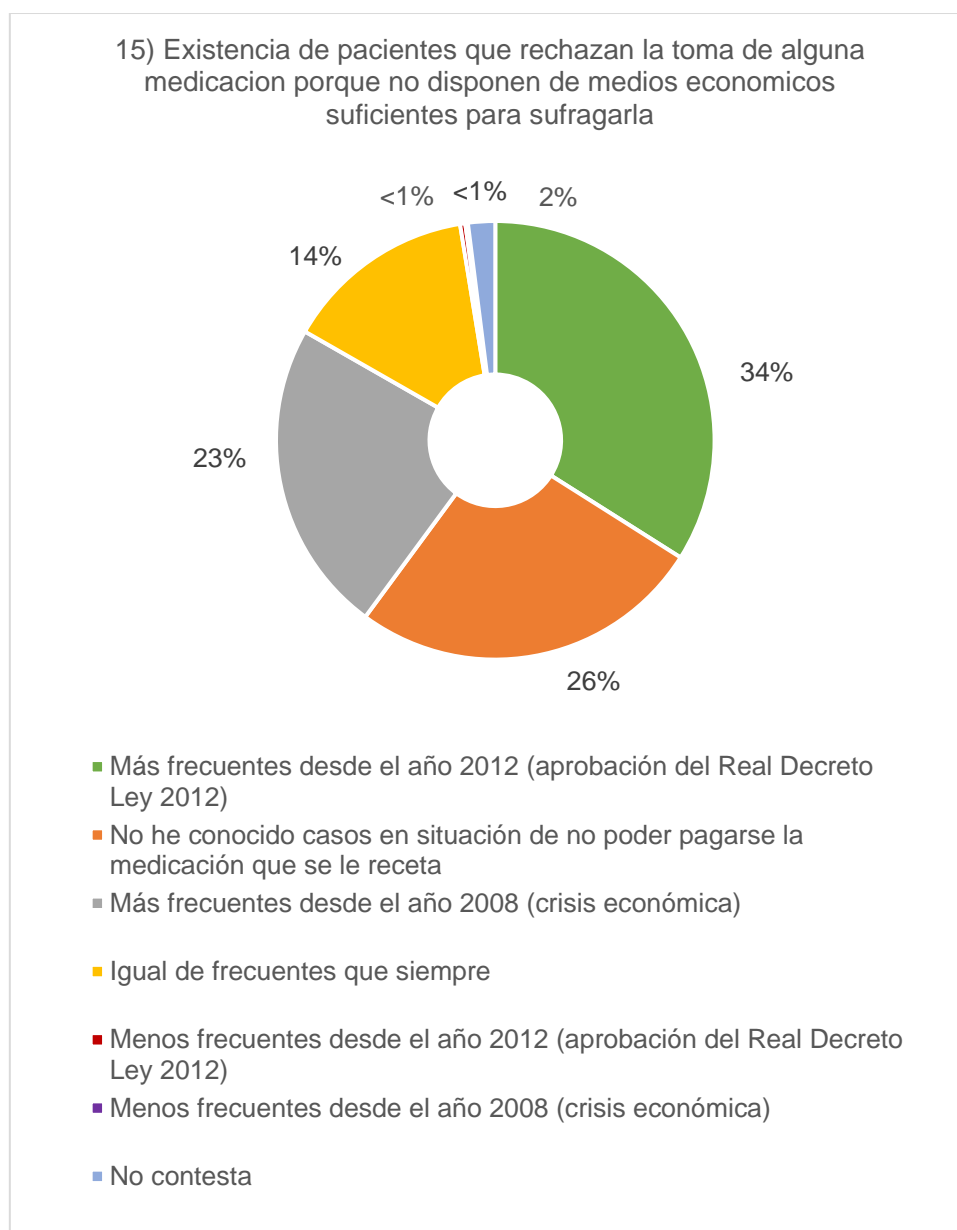


Gráfico 10.13. Existencia de pacientes que rechazan la toma de alguna medicación por falta de recursos económicos. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

10.2.2 ¿Ha tenido efectos en la atención sanitaria?

Veamos a continuación qué opinan los médicos encuestados cuando se les pregunta sobre los efectos, no tanto en la salud sino, en la calidad de la atención sanitaria. Esto se recoge en la variable “14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012” (multirrespuesta) y sus respuestas se muestran en el gráfico 10.14.

Tal y como se observa, la mayor parte de los médicos encuestados sí cree que algunos aspectos de la sanidad se han visto afectados por la aplicación de la mencionada ley. Un 55% ha marcado al menos una de las repuestas que hacen referencia a algún efecto negativo en la atención sanitaria⁵⁸. Concretamente, un 30% considera que con la aplicación de la citada ley “se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente”, el 26% que “se da el alta hospitalaria de forma más temprana”, el 25% que “se ha reducido el número de algunos tratamientos”, y un 18% que “se ha reducido el número de pruebas diagnósticas”. Por otro lado, el 43% afirma no haber notado ningún efecto en la calidad de la atención al paciente, y el 2% restante son “no respuesta”.

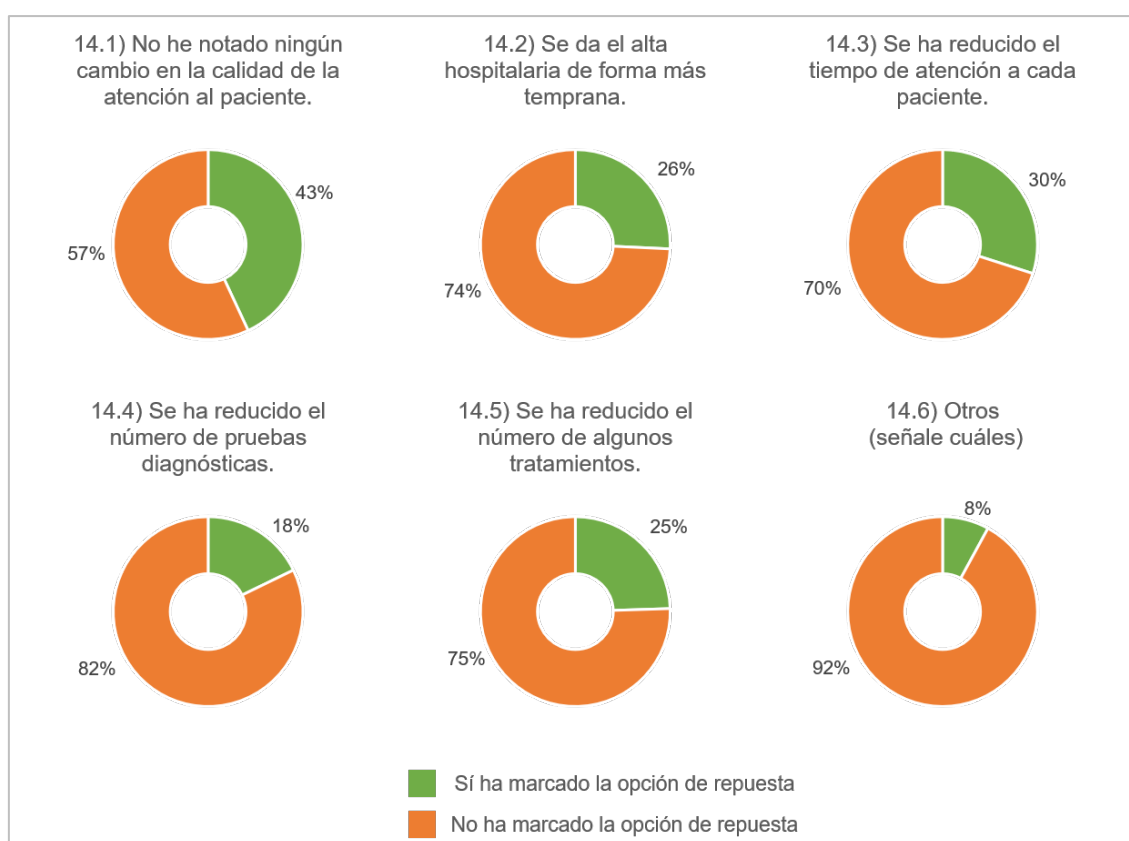


Gráfico 10.14. Respuestas de la P14. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

⁵⁸ Incluyendo la opción “otros”. Si se excluye esta opción de respuesta, el porcentaje es del 49%.

La categoría “otros”, escogida por el 8% de los encuestados, incluía una pregunta abierta donde podían detallar algún otro efecto en la calidad de la atención al paciente no contemplado en las opciones de respuesta anteriores. Siguiendo el mismo procedimiento descrito anteriormente, se ha representado la nube de etiquetas (gráfico 10.15⁵⁹) con los términos más frecuentes de los comentarios en esta opción de respuesta.

Se señala ampliamente la reducción de personal para un número de pacientes en aumento, con la consecuente disminución del tiempo de consulta dedicado a cada uno. Todo ello redundo, además, en urgencias saturadas de pacientes que cada vez acuden más por esta vía. Destaca asimismo el aumento de las listas de espera, sobre todo en la realización de pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos. En este sentido, muchos médicos añaden que algunas pruebas de la sanidad pública se derivan a la privada para evitar precisamente estas largas listas de espera. En general hay muchos comentarios destacando el empeoramiento de la calidad de la sanidad (aunque en este sentido también destacan algunos que mencionan que la calidad depende de la atención del personal y ésta sigue siendo tan buena como antes) y de las condiciones de trabajo del personal médico y de enfermería. Los 25 términos más frecuentes en esta pregunta, han sido: “paciente” (24 veces mencionado), “espera” (17), “calidad” (17), “mayor” (16), “lista” (16), “atención” (16), “consulta” (14), “más” (13), “tiempo” (13), “personal” (13), “asistencia” (12), “profesionales” (10), “pruebas” (10), “reducido” (10), “menos” (10), “urgencias” (10), “sanidad” (10), “trabajo” (9), “tratamiento” (8), “mucho” (8), “aumentado” (8), “cambios” (8), “peor” (8), “médico” (7) y “pública” (7).

⁵⁹ Se han excluido en esta ocasión los siguientes términos, por ser muy frecuentes pero irrelevantes en cuanto a su significado: “de”, “la”, “en”, “que”, “el”, “lo”, “se”, “ha”, “por”, “con”, “al”, “es”, “para”, “del”, “un”, “pero”, “han”, “sin”, “cada”, “una” y “como”.



Gráfico 10.15. Opción "otros" de la pregunta "P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2011". Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Algunos comentarios ilustrativos de lo expuesto son:

“Han empeorado las condiciones laborales de los médicos y enfermeros en la sanidad pública.” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en medicina familiar y comunitaria; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Todo va peor. Mayor tiempo de espera, mayor tiempo para las pruebas, mayor tiempo para operarse” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en cirugía ortopédica y traumatología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Cada vez tenemos consultas más saturadas y, por lo tanto, menor tiempo de atención a cada paciente. Lo que redundo en un aumento del riesgo

de errores” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en urología; cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Han aumentado las listas de espera quirúrgicas y de consulta externa” (entrevistado/a de la sanidad pública; especialidad en “otra”; cuestionario al colectivo médico, abril de 2017)

No obstante, hay que tener siempre presente que, tal y como se ha advertido en el apartado metodológico de la encuesta, si se hubiera preguntado primero por los aspectos específicos y luego por los aspectos más generales, quizá los resultados hubieran sido algo distintos [las variables “P13) Detalle de los efectos en la salud (positivos o negativos) del RD-ley 16/2012” y “P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012” preguntan por aspectos más específicos que la “P12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012” y van después de esta]. Como ya se comentó, precisamente las preguntas generales son las más sensibles al orden y el contexto, en comparación con las preguntas específicas (Schuman y Presser, 1996). Pero como hemos comentado anteriormente en el capítulo 5, se decidió seguir la “técnica del embudo”. Según esta técnica, siguiendo las pautas generales de diseño de cuestionarios propuestas por Sheatsley (1983), primero se sitúa en contexto al encuestado mediante preguntas generales, y posteriormente se plantean las preguntas específicas, que se esperan más meditadas. En cualquier caso, a partir de las respuestas de los médicos, parece que la calidad de la atención al paciente sí se ha visto afectada negativamente con motivo de la aplicación del RD-Ley 16/2012.

Uno de los estadísticos que mejor resume la concepción de los médicos sobre el RD-Ley 16/2012 es la media de la variable “16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012” (en una escala de 0 a 10, siendo 0 “totalmente en desacuerdo” y 10 “totalmente de acuerdo”). La media resultante es de 5,4 (con una desviación típica de 3,1). Por lo que nos da una idea de que la valoración de la tratada ley no es del todo positiva. No obstante, hay que tener en cuenta que la respuesta más frecuente, de forma amplia, ha sido el “0” (totalmente en desacuerdo). Por

lo tanto, habrá influido en el cálculo de la media disminuyendo un poco su valor y aumentando notoriamente la curtosis en términos negativos (resultando en una distribución platicúrtica por la menor concentración de valores en torno a la media, debido a la elevada frecuencia del valor extremo “0”).

Hasta aquí hemos descrito las respuestas a las principales preguntas sobre los efectos en la salud y sanitarios derivados de la aprobación de RD-Ley 16/2012. A continuación, vamos a profundizar un poco más con un análisis bivariable, con el fin de comprender mejor la estructura de las opiniones

10.2.3. Más allá de las respuestas, ¿cómo se estructuran estas opiniones?

Tras explorar exhaustivamente distintas relaciones entre las variables, destaca especialmente que la opinión sobre los efectos en la salud o la sanidad está asociada a la ideología política. Si realmente los efectos en la salud o en la atención sanitaria, derivados de la aplicación del RD-Ley 16/2012, fueran muy evidentes, no cabría esperar una distinción de opiniones según la ideología política o, al menos, esta debería ser mínima. Por ejemplo, si se pregunta a los médicos sobre los efectos del consumo de tabaco o sobre la obesidad en la salud, cabe esperar que, si los datos son evidentes, no se muestren diferencias de opinión según la ideología. No obstante, en los datos de los encuestados sí se observa una clara distinción de la opinión en función del posicionamiento ideológico.

Uno de los primeros puntos que llama la atención, en este sentido, es la asociación entre la ideología política y el grado de aceptación de la mencionada ley. Si tomamos las variables “25) Escala ideológica (3 categorías)⁶⁰”, y “16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012 (3 categorías)⁶¹”, y representamos gráficamente los valores de la tabla de contingencia entre ambas, obtenemos el gráfico 10.16. Se observa que los que están en desacuerdo con el RD-Ley 16/2012 son mayoritariamente de “izquierdas” (un 71% de ellos) y minoritariamente de “derechas” (un 11% de ellos). A su vez, los que están de

⁶⁰ Con las categorías “izquierda”, “derecha” y “centro”.

⁶¹ Con las categorías “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “en desacuerdo”

acuerdo son mayoritariamente de “derechas” (el 44%) y minoritariamente de izquierdas (un 25% de ellos). Por último, los que declaran no estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” son mayoritariamente los autodefinidos de “centro” (el 41%).

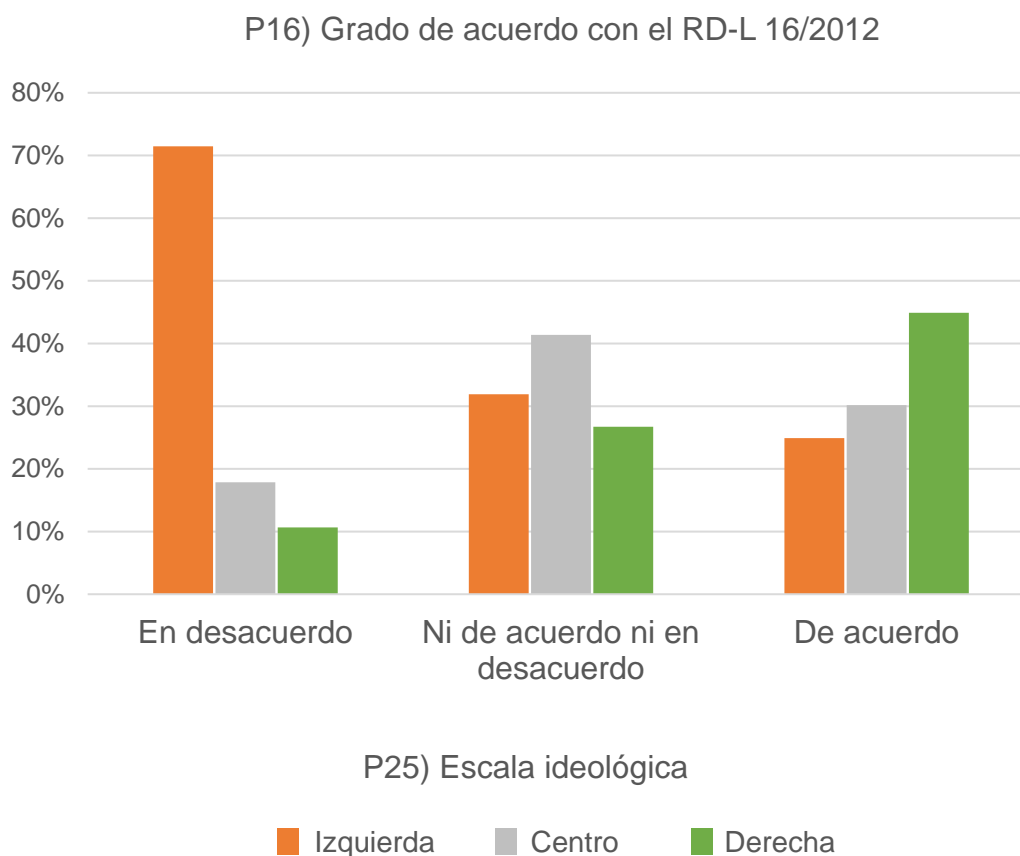


Gráfico 10.16. Gráfico de barras agrupadas con las variables P16 y P25 (recodificadas). Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

El gráfico mencionado refleja claramente la asociación entre estas variables, pero dificulta la cuantificación de la fuerza de dicha relación. El coeficiente de correlación de Pearson hace una estimación de la fuerza de relación de las variables. Concretamente, nos muestra el grado de relación lineal entre ellas y si esta es positiva (cuando los valores de una variable aumentan, los de la otra también) o negativa (cuando los valores de una variable aumentan, los de la otra disminuyen) (Meyer, 1992). En este caso el coeficiente de correlación entre las variables descritas (pero con su escala original de 0 a 10) muestra una fuerza de

asociación lineal moderada-alta (para las ciencias sociales) y además de carácter positivo, con un $r=0,487$ (significativa a $p\leq 0,01$). Cuanto más a la “derecha” se sitúa la persona entrevistada (es decir más se acerca al “10” en la escala de autoubicación ideológica), mejor valoración tendrá del RD-Ley 16/2012 (más se acerca al “10” en la valoración). Es de esperar que el posicionamiento hacia la derecha esté vinculado a una concepción positiva del decreto, ya que fue el Partido Popular (considerado tradicionalmente como un partido de centroderecha) el que la aprobó.

Tabla 10.1. Matriz de correlaciones de Pearson. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Correlaciones

		25) Escala ideológica (0 a 10)	16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012
25) Escala ideológica (0 a 10)	Correlación de Pearson	1	,487**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	990	810
16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012	Correlación de Pearson	,487**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	810	839

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Análisis de correspondencias

Un paso más en los análisis lo da el modelo de correspondencias, una técnica de interdependencia basada en la asociación entre categorías de variables cualitativas (nominales u ordinales). De forma similar al análisis factorial (más apropiado para variables métricas), el análisis de correspondencias también identifica dimensiones latentes, pero en este caso a partir de las categorías de respuesta de las variables cualitativas. No obstante, no siempre es el interés por las dimensiones lo que incita al uso de esta técnica. También sus capacidades únicas e ilustrativas de representar las categorías de filas y columnas (de una tabla de contingencia) en un mismo espacio; es decir, su conocido mapa

perceptual (Hair et al., 2005). El grado de asociación entre dos categorías se define generalmente mediante una medida de similaridad, basada en el chi-cuadrado de cada celda de la tabla de contingencia. A este valor se le añade el signo opuesto del obtenido con la diferencia entre el valor esperado (bajo el supuesto de independencia entre las variables) y el observado en cada casilla de la tabla. Si el signo de la diferencia es positivo, significa que hay menos casos observados de los que cabría esperar si las categorías fueran independientes. En este caso la asociación es negativa y se añade al valor chi-cuadrado de la celda el signo negativo (el opuesto al obtenido con la resta). Si el signo de la resta es negativo significa que hay más casos observados de los esperados (bajo el supuesto de independencia de las variables). Por tanto, en este segundo caso hay una asociación positiva entre esas categorías, por lo que se cambia el signo obtenido en la resta y nos queda un chi-cuadrado con signo positivo. Como vemos, este modelo va un paso más allá del tradicional estadístico de chi-cuadrado que nos indica si hay asociación entre variables, señalando no sólo si hay asociación entre variables, sino la asociación entre categorías y si ésta es positiva o negativa.

Dado que el cuestionario que estamos tratando tiene muchas variables cualitativas, este modelo se presenta ideal para nuestros propósitos. En este sentido se observa de nuevo que la variable ideología está significativamente asociada a la creencia de si el mencionado decreto ha tenido efectos en la salud o no. Si escogemos las variables “P25) Escala ideológica (3 categorías)”, y “P12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012”, podemos tener una idea del porqué de la correlación de Pearson observada anteriormente, donde los que se autoubican a la “derecha” valoran más positivamente esta ley y los que se autoubican a la “izquierda” más negativamente. Aunque no podamos analizar la relación causal con las correspondencias, sí nos resulta muy útil para entender la estructura de los datos y ver el fenómeno que se estudia desde otra perspectiva y con otras variables. Porque ahora vamos a ver, no el grado de acuerdo de dicha ley, sino la concepción de si esta ha tenido consecuencias en la salud, en función de la ideología.

Los perfiles que se posicionan a la “derecha” serían más cercanos (presentan medidas más altas de similaridad) a los que creen que la aplicación de

mencionado decreto ha tenido efectos positivos en la salud, y también con los que declaran no tener una opinión al respecto. Por otro lado, los que se identifican con una ideología de “izquierdas” están muy cerca de los que creen que la aplicación de esta ley “sí, ha tenido efectos negativos”. Por último, los que se autoclasifican ideológicamente en el centro están más cercanos a las respuestas: “no he detectado ningún efecto” y “sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos”. Es decir, las posturas de “derechas” tienden a afirmar más que la ley ha tenido efectos positivos en la salud, los perfiles de “izquierdas” que ha tenido efectos negativos, y los de “centro” tienden a tener posturas más neutrales. Como categorías neutrales se consideran las tres siguientes: “no tengo una opinión al respecto”, “no he detectado ningún efecto” y “sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos”. Si bien, los autodeclarados de “derechas” están relativamente cerca de los que afirman no tener una opinión al respecto, las dos categorías neutrales restantes estarían más cerca de los que se consideran ideológicamente de “centro”.

El diagrama de dispersión biespacial que nos ofrece este tipo de análisis expresa claramente esta asociación (gráfico 10.17).

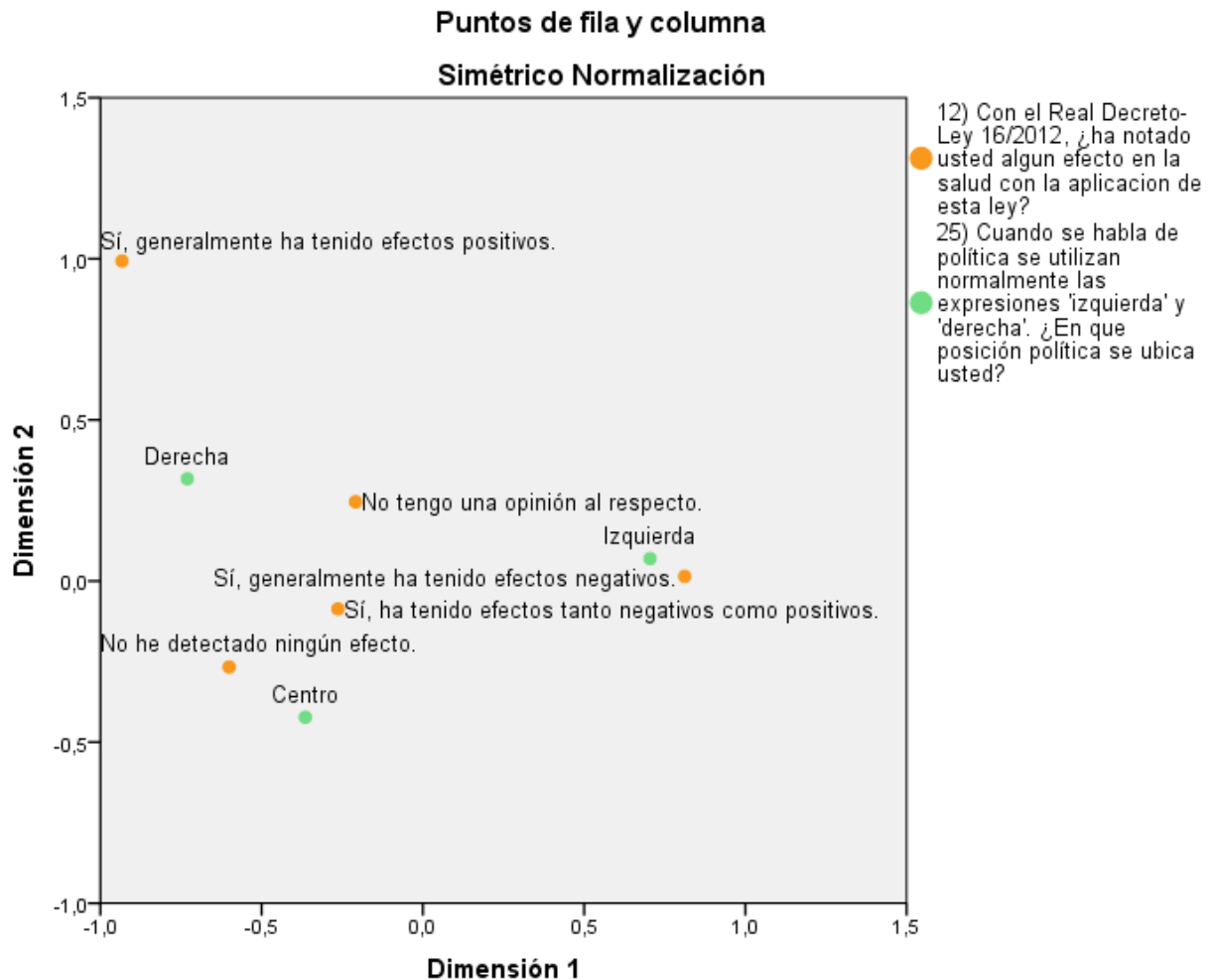


Gráfico 10.17. Diagrama biespacial entre las variables P12 y P25. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Las dos dimensiones que identifica el modelo nos dirigen hacia la misma interpretación. Siguiendo las indicaciones de Hair et al. (2005), para escoger las categorías de cada variable que van a formar parte de las dimensiones, hay que fijarse especialmente en la inercia (que expresa la variabilidad explicada) de las categorías. En primer lugar, hay que observar la contribución de cada categoría en la inercia de la dimensión. En este sentido las pautas recomendadas a seguir son dividir la contribución total a la inercia entre el número de categorías, y escoger aquellas que estén por encima de la media calculada. Vamos a proceder primero con la variable “12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012”. En este caso, tal y como observamos en la tabla 10.2., vamos a incluir todas las categorías que tengan una contribución a la inercia de la dimensión igual o superior a 0,2 (1/5). Esto supone incluir, para la primera dimensión, las

categorías “No he detectado ningún efecto” (con una contribución del 26,1%) y “Sí, generalmente ha tenido efectos negativos” (con una contribución del 58,8%), y para la segunda dimensión, “No he detectado ningún efecto” (con una contribución del 25,7%) y “Sí, generalmente ha tenido efectos positivos” (con una contribución del 62,0%).

En segundo lugar, también se pueden incluir aquellas categorías que, aunque no tengan una elevada contribución en la definición de la dimensión, sí quedan bien representadas por ellas, estableciendo un valor de corte como referencia para incluirlas, que Hair y sus colaboradores sitúan en 0,5 (50% de variabilidad explicada de esa categoría por parte de la dimensión). En este caso, podemos incluir todas las demás categorías para la primera dimensión: “No tengo una opinión al respecto” (cuya variabilidad es explicada en un 78,2% por la dimensión), “Sí, generalmente ha tenido efectos positivos” (cuya variabilidad es explicada en un 78,2%) y “Sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos” (con una variabilidad explicada del 97,9%).

Tabla 10.2. Puntos de fila generales. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Puntos de fila generales^a

12) Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012	Masa	Puntuación en dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		Del punto en la inercia de dimensión		De la dimensión en la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
No tengo una opinión al respecto.	,144	-,209	,246	,003	,016	,108	,782	,218	1,000
No he detectado ningún efecto.	,292	-,601	-,267	,044	,261	,257	,962	,038	1,000
Sí, generalmente ha tenido efectos negativos.	,361	,812	,014	,096	,588	,001	1,000	,000	1,000
Sí, generalmente ha tenido efectos positivos.	,051	-,933	,993	,022	,109	,620	,815	,185	1,000
Sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos.	,152	-,263	-,087	,004	,026	,014	,979	,021	1,000
Total activo	1,000			,170	1,000	1,000			

Del mismo modo procedemos con la segunda variable “25) Escala ideológica (3 categorías)”. Tal y como observamos en la tabla 10.3., para la primera dimensión incluiremos las categorías que tengan una contribución igual o superior a 0,33, y también las que estén representadas al menos en un 0,5 de proporción de la inercia por parte de la dimensión. Así, incluiremos para la primera dimensión las categorías “Izquierda” (que contribuye en un 53,7% en la dimensión), la categoría “Derecha” (que contribuye con un 37,0% en la dimensión) y la categoría “Centro” (que, aunque contribuye escasamente en la dimensión, sí está muy bien explicada por ella, teniendo un 78,8% de variabilidad explicada). Para la segunda dimensión incluiremos las categorías “Centro” (que contribuye a definir la dimensión en un 62,5%) y “Derecha” (que contribuye con un 34,9%).

Tabla 10.3. Puntos de columna generales. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Puntos de columna generales^a

25) Escala ideológica (3 categorías)	Masa	Puntuación en dimensión		Inercia	Contribución				
		1	2		Del punto en la inercia de dimensión		De la dimensión en la inercia del punto		
					1	2	1	2	Total
Izquierda	,437	,704	,070	,088	,537	,026	,998	,002	1,000
Centro	,283	-,365	-,423	,019	,093	,625	,788	,212	1,000
Derecha	,280	-,730	,317	,063	,370	,349	,964	,036	1,000
Total activo	1,000			,170	1,000	1,000			

a. Normalización simétrica

Si posicionamos las categorías seleccionadas de ambas variables en las coordenadas (puntuación en dimensión) del eje que representa cada dimensión, se observa lo siguiente: una primera dimensión, representado en el gráfico 10.18, que contrapone una postura especialmente orientada hacia la derecha (aunque en menor medida también algo hacia el centro), con una visión bastante positiva (y en menor medida también algo neutra) sobre los efectos en la salud derivados del Real Decreto-ey 16/2012, frente a otra postura más orientada hacia la izquierda con una visión negativa sobre los efectos de la salud por la aplicación

de la mencionada ley. Podríamos etiquetar esta dimensión como “eje ideológico Izquierda vs. Derecha”.

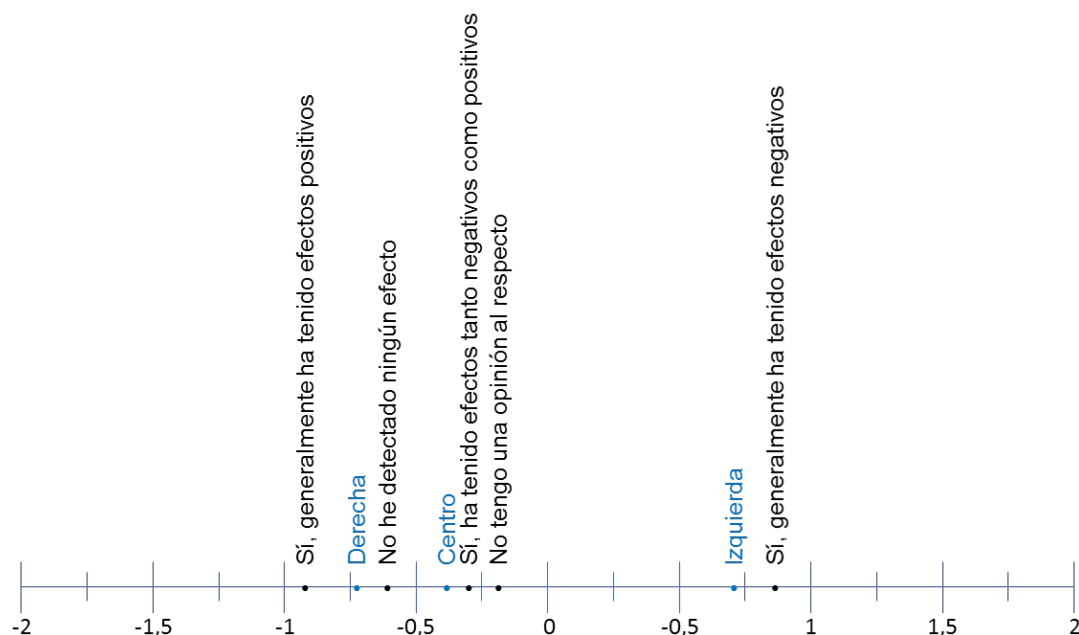


Gráfico 10.18. Dimensión 1 del análisis de correspondencias. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Tal y como se observa en el gráfico 10.19, en la segunda dimensión se contraponen una postura más neutra, incluyendo la ideología de centro y los que afirman no haber detectado ningún efecto de la aplicación de la ley, frente a las posturas más tajantes y definidas como son los autoproclamados de “derechas”, y que creen que ha habido efectos positivos de la ley. Podríamos etiquetar esta dimensión como eje “Neutro vs. Intenso”.

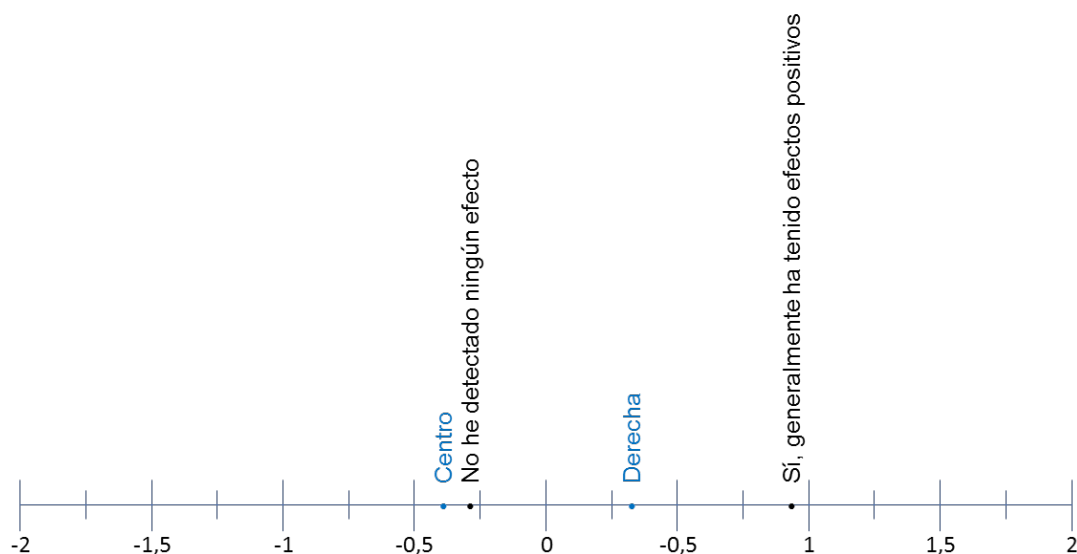


Gráfico 10.19. Dimensión 2 del análisis de correspondencias. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

La primera dimensión, no obstante, es la que más contribuye a explicar el comportamiento de los datos. Tal y como se observa en la tabla 10.4., de la inercia total explicada el 96,1% corresponde a la primera dimensión y únicamente el 3,9% a la segunda. El chi cuadrado resulta significativo para un nivel de confianza del 95%, con un p valor menor que 0,05, por lo que se rechaza la H_0 de independencia de las variables, confirmando que sí están asociadas y que el análisis realizado es pertinente.

Tabla 10.4. Resumen del modelo. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

Resumen

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,404	,163			,961	,961	,028	,060
2	,081	,007			,039	1,000	,035	
Total		,170	167,076	,000 ^a	1,000	1,000		

a. 8 grados de libertad

Por último, es importante destacar que otras variables, como el nivel de ingresos, sexo, años de experiencia, tamaño del municipio donde desarrolla la profesión, valoración general del sistema sanitario español, valoración de diversos aspectos de la sanidad pública y privada, o la experiencia de estar trabajando o haber trabajado en la sanidad pública o privada, han mostrado ser más neutrales en relación a la valoración del RD-Ley 16/2012, o a la consideración de sus efectos en la salud, ya que mostraron coeficientes de correlación irrelevantes.

10.3. Opinión sobre la crisis económica del 2008

La tercera sección examina la opinión de los médicos encuestados acerca de los efectos en la salud y en la sanidad derivados de la crisis económica del 2008. Las preguntas que se plantean aquí son: ¿Creen los médicos que ha habido efectos en la salud debido a la crisis económica del 2008? ¿Y en la calidad de la atención al paciente? Si es así, ¿han sido estos positivos o negativos? Para responderlas, usaremos las siguientes variables:

- P15) Existencia de pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no disponen de medios económicos suficientes para sufragarla
- P18) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud
- P19) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud
- P20) Ha notado alguno de los siguientes cambios en el paciente desde la crisis económica iniciada en el 2008:
 - P20.1) No he notado ningún cambio en la actitud de los pacientes desde la crisis económica.
 - P20.2) Evitan acudir al médico.
 - P20.3) Acuden más al médico.
 - P20.4) En general, las personas se cuidan menos (se alimentan peor, hacen menos ejercicio físico, etc.).
 - P20.5) En general, las personas se cuidan más (comen mejor, hacen más ejercicio físico, etc.).

- P20.6) Tienden a pedir más bajas laborales.
- P20.7) Tienden a pedir menos bajas laborales.
- P22) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde el inicio de la crisis económica en el 2008:
 - P22.1) No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.
 - P22.2) Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.
 - P22.3) Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.
 - P22.4) Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas desde la crisis del 2008.
 - P22.5) Se ha reducido el número de algunos tratamientos desde la crisis del 2008.

De forma similar a la sección anterior, exploraremos inicialmente qué han contestado los médicos colegiados en la Comunidad de Madrid respecto a estas cuestiones, mediante una descripción univariable (frecuencias y estadísticos univariados). El análisis bivariado se mostrará a continuación, donde examinaremos qué otras variables (sociodemográficas, etc.) se asocian a estas cuestiones, de manera que podamos entender mejor las opiniones de los médicos.

10.3.1. ¿Ha tenido efectos en la salud?

Efectos negativos

En la variable “P18) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud”, una amplia mayoría del 63% afirma haber notado algún efecto negativo, tal y como se observa en el gráfico 10.20. Los que declaran no haber notado ninguno suponen el 33%.

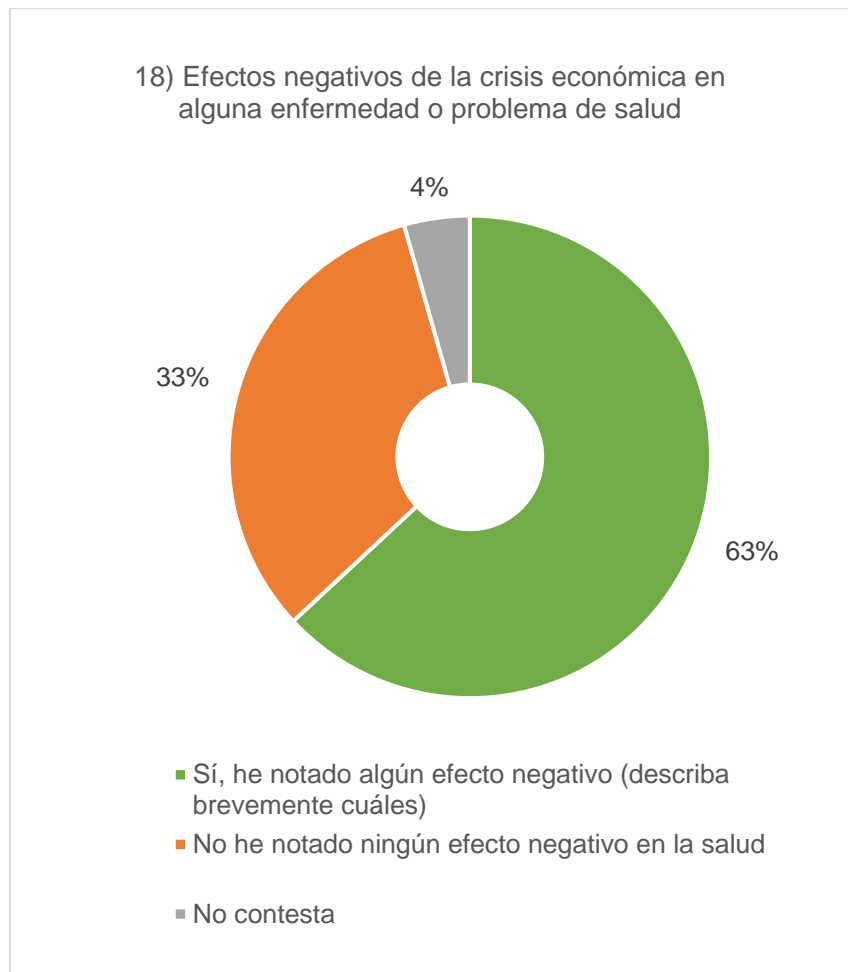


Gráfico 10.20. Respuestas de la P18. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

A los que han contestado que sí existen efectos negativos en la salud derivados de la crisis económica en la P18, se les pide que los detallen en una pregunta abierta. La nube de etiquetas resultante de procesar el texto y representar los términos más frecuentes puede visualizarse en el gráfico 10.21⁶². Destacan amplias menciones a una mayor incidencia de problemas psicológicos, como el estrés, ansiedad y depresión. En general, se notifica una mayor dejadez y despreocupación provocados por los problemas socioeconómicos, que llevan a la desmotivación y decaimiento. Esto redunda en que las personas “se cuiden menos” (se alimenten peor, hagan menos deporte, etc.) y conlleva a su vez un empeoramiento de la salud. Subrayar asimismo las menciones a la falta de

⁶² Se han eliminado todos los términos con frecuencia igual a 1, y los que tenían una alta frecuencia pero no aportaban nada relevante al análisis desde el punto de vista semántico: “de”, “la”, “en”, “lo”, “que”, “por”, “el”, “con”, “para”, “se”, “al”, “del”, “su”, “han”, “como”, “ha”, “un”, “es”

Algunos comentarios referentes a los efectos de la crisis económica en la salud han sido:

“Más desempleo, más problemas por depresión y por abuso de tóxicos. ||| - Peor alimentación, mayor obesidad.” (entrevistado/a nº 00450, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Muchos más problemas mentales y descuido del autocuidado.” (entrevistado/a nº 00604, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Aumento de los problemas de salud mental que necesitan tratamiento farmacológico y/o psicológico. Tratamiento que no se pueden sufragar. ||| Empeoramiento de la alimentación porque los pacientes se ven obligados a comprar los productos más baratos del mercado. ||| Abandono de hábitos saludables, como el ejercicio, al no poder cubrir el coste de gimnasios, polideportivos. ||| Aislamiento social de las personas que pierden su trabajo. ||| Aumento de pacientes que dejan de acudir al médico para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología porque temen que si faltan al trabajo con regularidad o muestran que están enfermos se están señalando como personas a despedir.” (entrevistado/a nº 00586, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Se ha reducido el personal significativamente, calidad de la contratación y aumentado el ratio de medico/paciente enfermera/ paciente que ha conllevado un incremento de "los despistes y errores" humanos por parte del personal sanitario. ||| La atención primaria y las urgencias están habitualmente saturadas y congestionadas...algo no se está gestionando adecuadamente.” (entrevistado/a nº 00801, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

Resultados muy similares se obtienen con la pregunta “P20) Ha notado alguno de los siguientes cambios en el paciente desde la crisis económica iniciada en el 2008...” (multirrespuesta). Tal y como se observa en el gráfico 10.22, un 42% de

los médicos encuestados ha notado que, desde la crisis económica, los pacientes “tienden a pedir menos bajas laborales”, un 38% que “en general, las personas se cuidan menos (se alimentan peor, hacen menos ejercicio físico, etc.)” (ambas repuestas en consonancia con los comentarios de la opción de repuesta abierta de la pregunta P18), un 24% considera que “acuden más al médico”, el 12% en cambio que “evitan acudir al médico”, el 11% que “tienden a pedir más bajas laborales”, y un minoritario 4% responde que “en general, las personas se cuidan más (comen mejor, hacen más ejercicio físico, etc.)”.

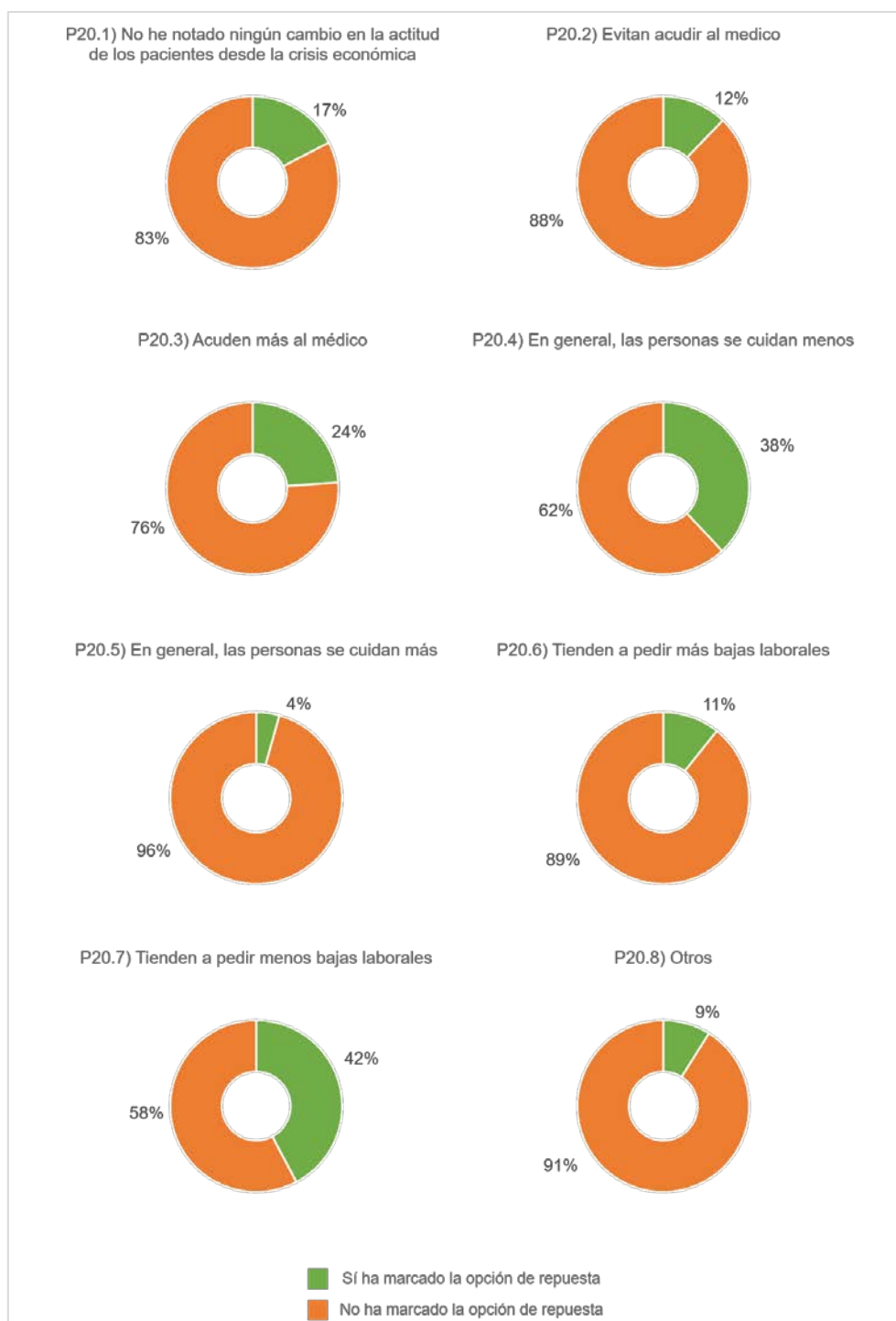


Gráfico 10.22. Respuestas de la P20. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Por otro lado, destacan los que afirman no haber notado ningún cambio en la actitud de los pacientes desde la crisis económica, siendo mencionada minoritariamente por un 17% de los encuestados. En la opción “otros”, marcada únicamente por el 9% de los encuestados, viene a comentarse lo que ya se ha

marcado en las opciones de repuesta, y es que los pacientes tienden a pedir menos bajas laborales por miedo a perder el trabajo (gráfico 10.23).



Gráfico 10.23. Términos más usados en la opción "otros" de la P20. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Efectos positivos

Se incluyó una pregunta acerca de posibles consecuencias positivas que la crisis económica haya podido tener en la salud. Aunque a priori no parece una concepción demasiado intuitiva, se pretende no descartar ninguna hipótesis de entrada y, con más motivo, teniendo en cuenta que algunas investigaciones comentadas en el marco teórico apuntan en esta dirección. Pues bien, aunque la mayoría de los médicos encuestados consideren que no ha habido efectos positivos derivados de la crisis económica del 2008 (82% de las respuestas), un 14% señala que sí los ha tenido, tal y como se refleja en el gráfico 10.24.

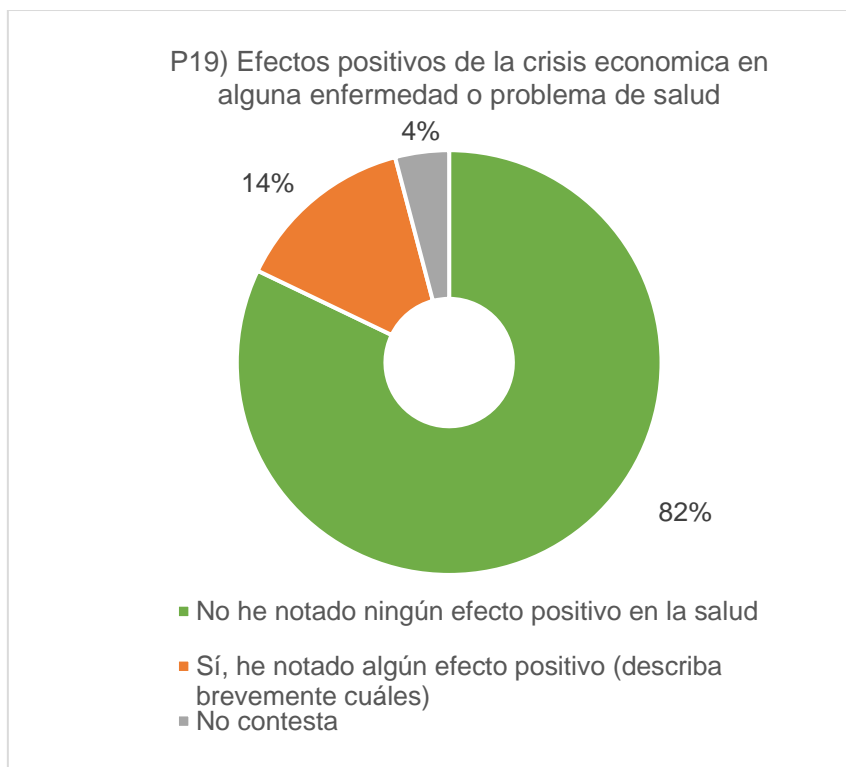


Gráfico 10.24. Respuestas de la P18. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

A los que han respondido que sí ha tenido efectos positivos, se les pide que los detallen en una opción de respuesta abierta. Siguiendo el mismo procedimiento de análisis para las preguntas abiertas que hemos comentado anteriormente, obtenemos la nube de palabras representada en el gráfico 10.25⁶³. Lo que más se ha destacado es una reducción en el número de solicitudes de baja laboral por motivos de menor importancia. También se comenta de forma menos frecuente, la disminución del “abuso” de medicamentos, una mayor conciencia del coste de los recursos sanitarios y la reducción de gasto innecesario. No obstante, estos aspectos pueden entenderse más bien como efectos en la calidad de la atención al paciente, y no tanto como efectos en la salud. Esto sugiere que es difícil distinguir los efectos en la salud de los efectos en la atención sanitaria. Por otro lado, aunque las menciones han sido mínimas, destacamos algunos comentarios que señalan un mayor cuidado personal, menos consumo de tabaco y alcohol, e incluso algún médico ha mencionado que percibe menos accidentes de tráfico. Señalamos estos comentarios, aunque que

⁶³Por su poca relevancia semántica para nuestros objetivos de investigación y para facilitar la visualización de términos sí, se han excluido los siguientes términos del gráfico: “de”, “la”, “lo”, “que”, “en”, “se”, “por”, “el”, “ha”, “su”, “con”, “del”, “al”, “han”, “es”, “como” y “son” y “para” y “hay”.

sean minoritarios, porque contrastan con lo que habitualmente se supone. Este tipo de comentarios nos ha ayudado a fijar nuestra atención en algunos datos estadísticos cuando hemos analizado los efectos de la crisis en la salud. A partir de estas respuestas se ha fijado la atención en indicadores de consumo de tabaco, alcohol y accidentes de tráfico. Los 25 términos más usados han sido: “menos” (36 veces mencionado), “baja” (29), “pacientes” (15), “menor” (14), “más” (13), “laborales” (13), “salud” (12), “sanidad” (9), “gente” (8), “conciencia” (8), “mayor” (8), “gasto” (8), “tratamiento” (7), “personas” (7), “consumo” (7), “trabajo” (7), “medicamento” (7), “disminuido” (6), “paro” (5), “mejor” (5), “recursos” (5), “sanitario” (5), “algunos” (5), “innecesario” (5) y “enfermedad” (5).



Gráfico 10.25. Términos más usados en la pregunta abierta P19. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

A continuación, se muestran algunos comentarios de los médicos que han respondido que ha habido efectos positivos de la crisis en la salud:

“Las bajas laborales son mas reales, los pacientes abusan menos.”
(entrevistado/a nº 00561, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Menor consumo de fármacos inútiles” (entrevistado/a nº 00125, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Algunos pacientes son más conscientes de que la sanidad es cara y que no se debe abusar de ella. Realmente son los menos.” (entrevistado/a nº 00323, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Parecía que la gente fumaba un poco menos y que había menos accidentes de tráfico, porque el tabaco es caro y se usaba menos el coche respectivamente.” (entrevistado/a nº 00708, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

10.3.2. ¿Ha tenido efectos en la atención sanitaria?

En cuanto a los efectos en la calidad de la atención sanitaria, las opiniones de los médicos encuestados se recogen en la variable “P22) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde el inicio de la crisis económica en el 2008” (multirrespuesta). Tal y como se observa en el gráfico 10.26, el 37% de los encuestados considera que “se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente” desde el inicio de la crisis económica, el 30% que “se ha reducido el número de algunos tratamientos”, un 28% que “se da el alta hospitalaria de forma más temprana” y el 24% afirma que “se ha reducido el número de pruebas diagnósticas”. Por otro lado, un 32% afirma no haber notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente desde la crisis económica. En general vemos que las repuestas son similares a las obtenidos en la “P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012”, sobre todo en la reducción del tiempo dedicado a cada paciente en consulta y en las altas hospitalarias más tempranas. Pareciera que, o bien los efectos en la calidad de la atención sanitaria provocados por la crisis y por la aprobación del RD-Ley 16/2012 son similares, o bien que es difícil distinguir si la causa de los cambios en la atención sanitaria es debido a uno u otro caso.

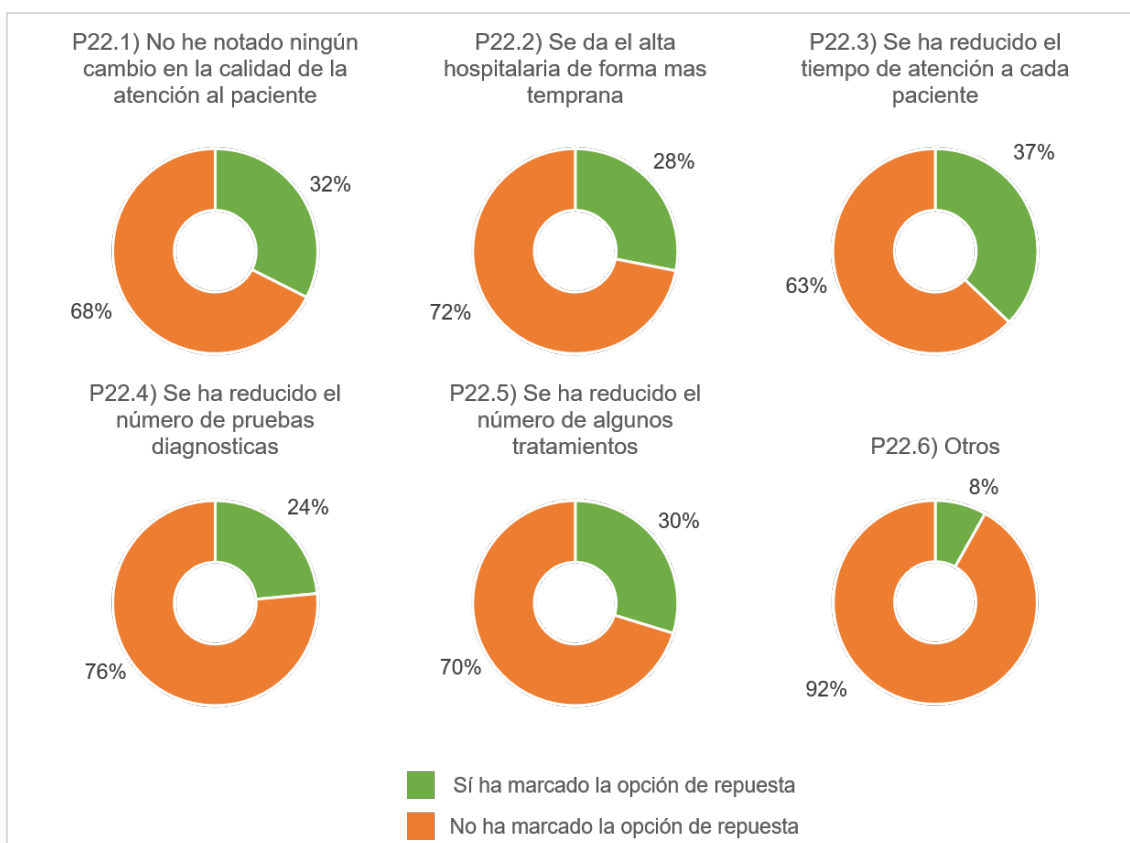


Gráfico 10.26. Respuestas de la P22. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

La opción “otros” ha sido marcada por el 8% de los encuestados, con repuestas muy similares a las dadas en la “P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012”, tal y como se observa en el gráfico 10.27⁶⁴. Como se puede ver en el gráfico, y en los términos usados, lo que más se ha comentado es la disminución del tiempo de consulta a cada paciente, seguido del aumento de las listas de espera para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Respuestas muy similares a las dadas en la “P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/2012”. Sí destaca, en cambio, alguna mención novedosa, que puede ser debida a una respuesta meditada como consecuencia de haber estado tratando estos temas a lo largo del cuestionario. Así, se comenta que, como consecuencia de la saturación de las consultas, se pierde interés o implicación con el paciente,

⁶⁴ Se han excluido por su poca relevancia semántica: “de”, “la”, “en”, “se”, “lo”, “que”, “el”, “para”, “ha”, “con”, “por”, “han”, “es”, “al”, “del”, “hay”, “una”, “un” y “cada”.

no dejándoles dar una prestación que antes de la crisis sí se daba (ecografías en centros públicos por ejemplo).” (entrevistado/a nº 00876, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Han aumentado las listas de espera. ||| Hay menos personal por paciente” (entrevistado/a nº 00191, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

“Se hace poco o ningun caso al paciente” (entrevistado/a nº 00114, cuestionario al colectivo médico, marzo de 2017)

Hasta aquí hemos explorado qué opinan los médicos colegiados de la Comunidad de Madrid que han respondido a la encuesta, en torno a los efectos en la salud y la calidad de la atención al paciente, derivados de la crisis económica del 2008. A continuación, vamos a profundizar un poco más en los datos, examinando con qué otras variables se relacionan estos temas.

10.3.3. ¿Cómo se estructuran estas opiniones?

Tras un extenso examen sobre las correlaciones entre variables que informan sobre los efectos en la salud o en la sanidad derivados de la crisis, con las variables sociodemográficas, observamos que guardan poca o ninguna relación entre ellas, salvo en el caso de la ideología. Las variables sociodemográficas analizadas han sido las relativas al nivel de ingresos, sexo, años de experiencia profesional, tamaño del municipio donde desarrolla su actividad, valoración general del sistema sanitario español, valoración de diversos aspectos de la sanidad pública y privada, experiencia de estar trabajando o haber trabajado en la sanidad pública o privada, e ideología. Como decimos, únicamente esta última variable ha mostrado tener una asociación relevante con la creencia de si la crisis económica ha tenido efectos en la salud o en la sanidad. Esta era también la que presentaba una asociación relevante en la sección anterior, cuando estudiábamos la opinión sobre los efectos en la salud y la sanidad provocados por el RD-Ley 16/2012.

El gráfico 10.28 refleja esta asociación con las variables “25) Escala ideológica” (recodificada a “izquierda”, “centro” y “derecha”) y “18) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud”. Tal y como se observa, de los que afirman no haber notado ningún efecto en la salud son en su mayoría autodeclarados de “derechas”, concretamente el 43%, siendo los autodeclarados de “izquierda” y de “centro” unas cifras menores, del 28% y 29% respectivamente. En cambio, de los que sí afirman haber notado efectos negativos de la crisis, el 52% son de “izquierdas” y sólo un 21% de “derechas”.

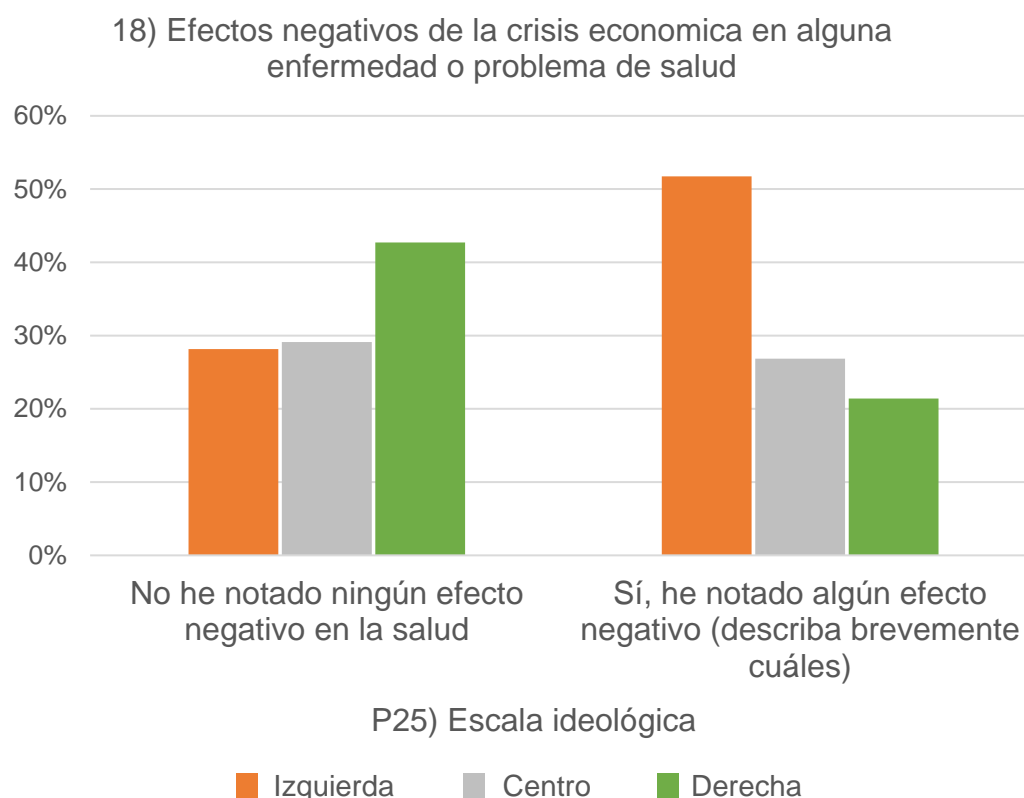


Gráfico 10.28. Gráfico de barras agrupadas con las variables P18 y P25 (recodificadas). Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

El coeficiente de correlación de Pearson con las mismas variables (pero la P25 sin recodificar, manteniendo su escala de 0 a 10), además nos muestra una relación negativa de $r = -0,241$ (significativa a $p \leq 0,01$). Es decir, que cuanto más a la derecha se sitúe el entrevistado, tenderá a creer menos en la existencia de efectos negativos en la salud derivados de la crisis económica. Aunque ya hemos señalado que este coeficiente está diseñado para cuantificar la relación lineal

entre dos variables métricas, puede (y suele) usarse igualmente con variables cualitativas, sobre todo ordinales o nominales transformadas en ficticias (como es nuestro caso con la P18) para darnos una idea de si hay alguna relación, aunque se pierda precisión en el coeficiente.

Dado el carácter abierto o dicotómico de las variables sobre la opinión de la existencia de efectos en la salud o sanidad derivados de la crisis económica, y que sólo existe relación con la variable ideología, no vamos a profundizar con más análisis, ya que no aportan más información de la que se obtiene con la tabla de contingencia (y su gráfico de barras agrupado) y el coeficiente de correlación de Pearson.

Tabla 10.5. Matriz de correlaciones de Pearson. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Correlaciones

		18) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud	25) Escala ideológica (0 a 10)
18) Efectos negativos de la crisis económica en alguna enfermedad o problema de salud	Correlación de Pearson	1	-,241**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	1000	959
25) Escala ideológica (0 a 10)	Correlación de Pearson	-,241**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	959	990

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

10.4. Tipologías de respuestas (análisis de conglomerados)

Hemos visto hasta el momento que hay un sector relevante entre el colectivo médico encuestado que considera que sí ha habido efectos en la salud y también en la sanidad, derivados tanto de la aplicación del RD-Ley 16/2012 como de la crisis económica del 2008. Hemos visto, además, que en ambos casos la ideología juega un papel importante a la hora de estructurar las opiniones. Por otro lado, hemos examinado cómo se valoran los distintos aspectos de la sanidad pública y privada, observando algunas discrepancias sobre todo en las valoraciones que se han dado a la sanidad privada (ya que la pública estaba

generalmente bien valorada). En esta sección sintetizaremos las opiniones de los temas tratados en cuatro tipologías de médico encuestado.

El análisis de conglomerados es un análisis de interdependencia idóneo cuando lo que se busca es clasificar casos en una serie de grupos (conglomerados) que nos den una idea general de qué tipos de perfiles estamos tratando. Es decir, cuando buscamos maximizar la homogeneidad intragrupal y, a su vez, la heterogeneidad intergrupala, intentando cumplir con el principio de parsimonia para lograr un modelo lo más sencillo posible, que explique el máximo de información disponible. En nuestro caso, se busca un modelo que contenga el menor número de conglomerados, pero que sean suficientes para representar los principales perfiles de opinión de los médicos encuestados.

Para el propósito de clasificar las opiniones de los médicos encuestados, se han seleccionado las variables más relevantes de cada sección⁶⁵:

- P7) Grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:
 - Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...:
 - P7a) la sanidad pública
 - P7b) la sanidad privada
 - P7c) la sanidad pública con gestión privada
 - Se ofrecen todos los tratamientos necesarios, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia en...:
 - P7d) la sanidad pública
 - P7e) la sanidad privada
 - P7f) la sanidad pública con gestión privada
 - La atención sanitaria es excelente en...:
 - P7g) la sanidad pública
 - P7h) la sanidad privada
 - P7i) la sanidad pública con gestión privada

⁶⁵ Salvo la sección de los efectos de las crisis económicas, ya que la mayoría de las variables eran de tipo abierta o dicotómica. Las primeras no sirven para el análisis de conglomerados, y las segundas difícilmente. En este caso no ha servido porque las dos categorías no discriminaban entre conglomerados, y todos los conglomerados parecen decantarse por afirmar que la crisis sí ha tenido consecuencias en la salud.

- P16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012
- P25) Escala ideológica (0 a 10)

Mediante el algoritmo k-medias (habiendo determinado previamente el número óptimo de conglomerados con el método de Ward), se han definido estas cuatro tipologías de opiniones sobre los temas tratados:

1. "Centroizquierda" contraria al RD-L 16/2012. Es el que más a la "izquierda" se sitúa de los cuatro conglomerados (un 4 en la escala de 0 a 10). No está de acuerdo con el RD-Ley 16/2012 (su grado de acuerdo lo sitúa en 3 en la escala de 0 a 10). Valora muy positivamente la sanidad pública, en lo concerniente a las pruebas diagnósticas y tratamientos necesarios, y a la atención al paciente. A su vez, también valora positivamente (aunque no tanto como la pública) la sanidad privada y la pública con gestión privada.

2. "Centroderecha" favorable a la sanidad privada. Se sitúa con un 6 en la escala ideológica (en el centro, pero más hacia el lado definido como "derecha"). Valora positivamente la sanidad privada, en cuanto a que se realizan las pruebas diagnósticas y los tratamientos necesarios y la calidad de la atención al paciente (en los tres casos con un 8). La valoración de la sanidad pública con gestión privada es positiva, pero algo inferior a la privada. La sanidad pública con gestión privada, en cambio, se valora de forma moderada. Es el perfil que más bajo valora la sanidad pública. Aprueba con un 6 el RD-Ley 16/2012.

3. "Centro" favorable a la sanidad pública. No se ubica ni en la izquierda ni en la derecha (se sitúa completamente en el centro de la escala ideológica, en el 5). Se caracteriza, especialmente, porque valora muy positivamente la sanidad pública y es bastante crítico con la privada. De forma similar, también valora de forma negativa a la sanidad pública con gestión privada. Tiende a estar más bien en desacuerdo con el RD-Ley 16/2012.

4. "Derecha" favorable al RD-L 16/2012. Destaca por ser el perfil más conservador (ya que se sitúa en el 7 en la escala ideológica) y el que mejor valora el RD-Ley 16/2012. Se asemeja a otros perfiles en que también valora muy

favorablemente la sanidad pública. En este caso, además, valora también de forma positiva la privada y la pública con gestión privada.

Tabla 10.6. Descripción de cada clúster. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

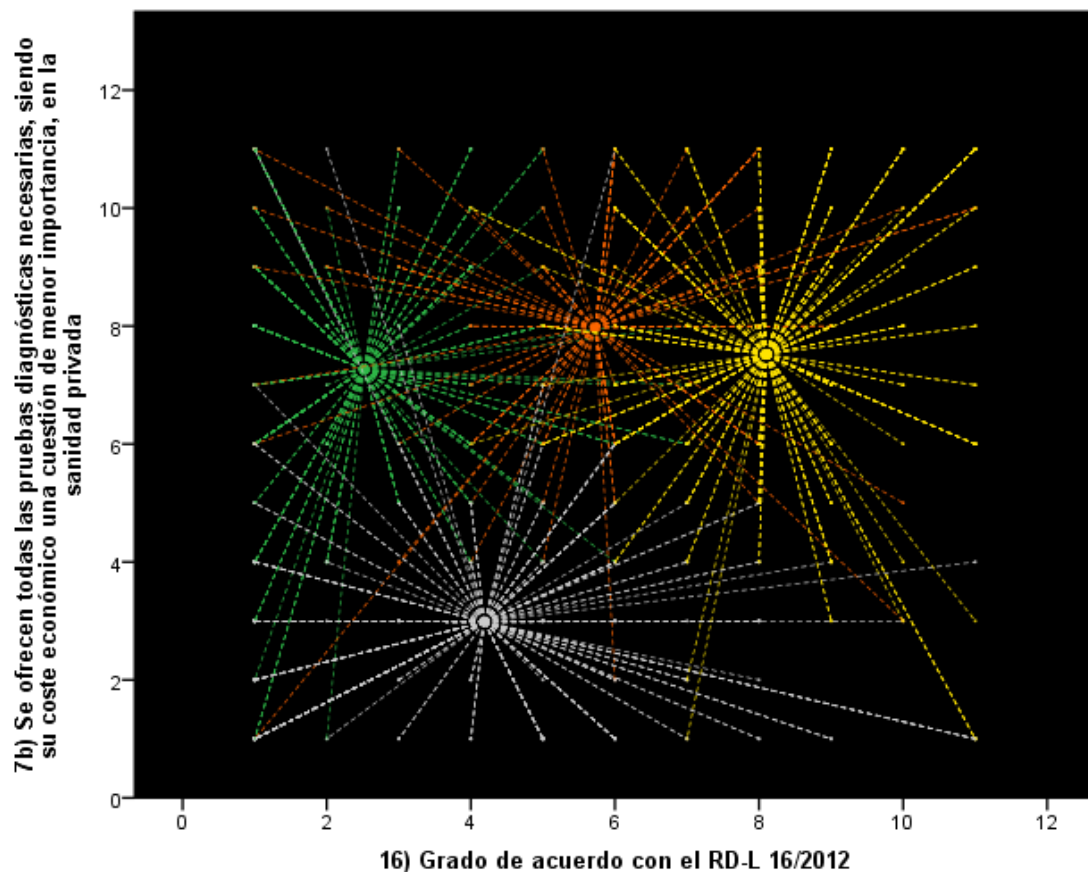
Centros de clústeres finales

	Clúster			
	1. "Centroizquierda" contraria al RD-L 16/2012	2. "Centroderecha" favorable a la sanidad privada	3. "Centro" favorable a la sanidad pública	4. "Derecha" favorable al RD-L 16/2012
7a) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública	10	5	9	10
7d) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública	10	6	9	10
7g) La atención sanitaria es excelente en la sanidad pública	9	7	8	9
7b) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada	7	8	3	8
7e) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada	7	8	3	7
7h) La atención sanitaria es excelente en la sanidad privada	8	8	6	8
7c) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública con gestión privada	7	6	4	8
7f) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública con gestión privada	7	7	4	8
7i) La atención sanitaria es excelente en la sanidad pública con gestión privada	8	7	6	8
16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012	3	6	4	8
25) Escala ideológica (0 a 10)	4	6	5	7

Una forma de visualizar los conglomerados definidos es a través de un diagrama de dispersión y sus centroides, como en el gráfico 10.29. Este se ha configurado con las dos variables que han demostrado ser las más discriminantes⁶⁶: “P16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012” y “P7b) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada”. La variable P16 sirve como una buena referencia de la escala ideológica. Recordemos que en la sección 10.2 vimos que, a medida que el encuestado se situaba ideológicamente más a la “derecha”, también estaba más de acuerdo con el Real Decreto y viceversa; cuanto más a la “izquierda” se situaba, más desacuerdo se mostraba.

Vemos cómo el perfil «"Centroizquierda" contraria al RD-L 16/2012» (en verde) presenta un alto grado de desacuerdo con dicho decreto ley, que se corresponde además con una ideología de izquierdas (se sitúa a la izquierda de la escala de ideología política), y valoraba bastante bien también algunos aspectos de la sanidad privada (por eso se sitúa en la parte alta del plano). Por otro lado, el perfil «"Centroderecha", favorable a la sanidad privada», aparece con un grado de acuerdo moderado-alto hacia el RD-Ley 16/2012 (que se corresponde también con el seis en la escala ideológica), y una buena valoración de la sanidad privada (es el centroide que más alto está en el plano). El conglomerado «"Centro" favorable a la sanidad pública» muestra claramente el rechazo a lo privado (situándose en la parte inferior del plano) y una aceptación moderada-baja del decreto mencionado (en correspondencia con su posicionamiento ideológicamente en el centro). Y, por último, el perfil «"Derecha" favorable al RD-L 16/2012» aparece en el cuadrante superior derecha del plano, mostrando su buena valoración de los servicios privados y la buena valoración del decreto (en correspondencia con su ideología hacia la “derecha”).

⁶⁶ Los que tienen el estadístico F más alto en la tabla 10.7 (ANOVA)



- 1. "Centroizquierda" contraria al RD-L 16/2012
- 2. "Centroderecha" favorable a la sanidad privada
- 3. "Centro" favorable a la sanidad pública
- 4. "Derecha" favorable al RD-L 16/2012

Gráfico 10.29. Gráfico de dispersión con las variables P16 y P7b. Aparecen además los centroides agrupando los casos que corresponden a cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Mediante la tabla ANOVA, que nos proporciona un estadístico F para cada variable, podemos ver qué variables son las más relevantes a la hora de formar los conglomerados. Recordemos que esta tabla no debe usarse para contrastar la H_0 de igualdad en las medias entre conglomerados, ya que dicha hipótesis únicamente se contrasta si las muestras (o conglomerados) que se comparan son aleatorias. En este caso, al comparar grupos no aleatorios, cuyas diferencias entre casos se han maximizado, dicho contraste de hipótesis pierde sentido. Por eso el uso de esta tabla se limita a fines descriptivos, para comprobar qué

variables son las que más contribuyen a la definición de conglomerados (Pérez, 2004). En nuestro caso son la “P16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012” con un F de 254,2, y “P7b) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada” con el F de 186,9. Estas son precisamente las variables escogidas para el diagrama de dispersión con los centroides.

Tabla 10.7. Tabla ANOVA. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

	Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl		
7a) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad publica	3,303	682	175,449	,000
7d) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad publica	3,311	682	97,890	,000
7g) La atención sanitaria es excelente en la sanidad publica	2,973	682	30,718	,000
7b) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada	4,931	682	186,888	,000
7e) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad privada	4,612	682	186,296	,000
7h) La atención sanitaria es excelente en la sanidad privada	3,234	682	82,296	,000
7c) Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública con gestión privada	4,705	682	124,234	,000
7f) Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en la sanidad pública con gestión privada	4,093	682	164,079	,000
7i) La atención sanitaria es excelente en la sanidad pública con gestión privada	3,523	682	82,951	,000

16) Grado de acuerdo con el RD-L 16/2012	4,577	682	254,231	,000
25) Escala ideológica (0 a 10)	3,899	682	92,390	,000

Las pruebas F sólo se deben utilizar con fines descriptivos porque los clústeres se han elegido para maximizar las diferencias entre los casos de distintos clústeres. Los niveles de significación observados no están corregidos para esto y, por lo tanto, no se pueden interpretar como pruebas de la hipótesis de que las medias de clúster son iguales.

El modelo obtenido es consonante con los análisis anteriores, donde vimos que la ideología estaba espacialmente correlacionada (de forma negativa) con la valoración del RD-Ley 16/2012. En este sentido es de esperar que se obtengan dos conglomerados contrarios, los cercanos a la “derecha”, que valoran positivamente la ley, y los cercanos a la izquierda, que la valoran negativamente. Vimos también que la valoración de este decreto se correlacionaba poco con las apreciaciones sobre lo público y privado. En este sentido los otros dos conglomerados se han centrado en esa dicotomía público-privado, sin caracterizarse especialmente por lo que opinen del decreto.

A falta de otros indicadores sobre la calidad del modelo (en relación al ajuste de los datos o la significatividad del modelo que ofrecen otros análisis multivariantes), vamos a comentar algunos datos que nos ofrece complementariamente el SPSS para valorar si el modelo es bueno.

La tabla ANOVA, ya mencionada arriba, nos informa que todas las variables introducidas son relevantes, aunque la “P7g) La atención sanitaria es excelente en la sanidad pública”, sin ser demasiado cercana al “0”, muestra ser con diferencia la menos relevante. Por otro lado, la distribución de casos en cada conglomerado muestra ser relativamente equilibrado o, al menos, no exageradamente desequilibrado (lo que indicaría posibles atípicos o un ajuste no óptimo). El gráfico de pertenencia a cada conglomerado (gráfico 10.30), donde se representan los casos y sus distancias a los centroides, también nos sirve para detectar anomalías. No es este el caso, indicando que el modelo es correcto. El historial de iteraciones nos señala, de forma similar, que se ha obtenido el modelo óptimo; es decir, el que maximiza las distancias entre conglomerados, minimizando las distancias dentro del conglomerado. En la etapa 16 ha alcanzado el criterio de convergencia, al no haber ningún caso que

se haya tenido que desplazar de conglomerado tras el cálculo de los nuevos centroides de la etapa 15. Al no desplazarse ningún caso, no ha habido un nuevo cálculo de centroides y, por tanto, éstos no se han desplazado o, más concretamente, su desplazamiento ha sido del 0% respecto de la distancia mínima entre centroides iniciales.

Tabla 10.8. Número de casos en cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

Número de casos en cada clúster		
Clúster	1	184,000
	2	87,000
	3	182,000
	4	233,000
Válido		686,000
Perdidos		322,000

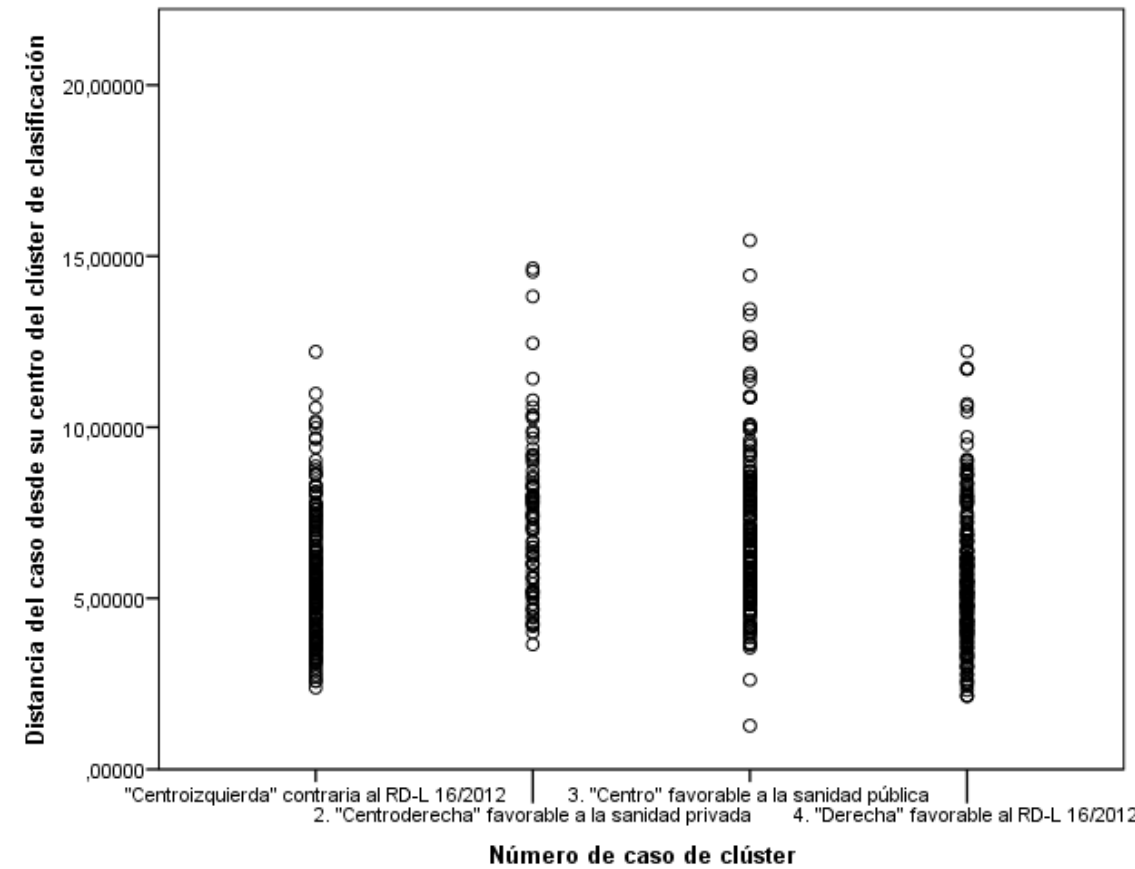


Gráfico 10.30. Gráfico de dispersión con las distancias de cada caso al centroide de cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Tabla 10.9. historial de iteraciones necesarias para alcanzar el modelo óptimo. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.

Historial de iteraciones ^a				
Iteración	Cambiar en centros de clústeres			
	1	2	3	4
1	9,117	11,198	10,152	9,796
2	,648	2,497	3,295	2,053
3	,437	1,250	1,029	1,000
4	,461	,808	,460	,439
5	,357	,257	,338	,122
6	,271	,146	,209	,092
7	,200	,179	,154	,103
8	,153	,132	,115	,108
9	,215	,155	,106	,113
10	,142	,237	,183	,029
11	,117	,098	,061	,024
12	,124	,125	,105	,048
13	,055	,136	,054	,027
14	,056	,075	,000	,028
15	,030	,079	,000	,036
16	,000	,000	,000	,000

a. Convergencia conseguida debido a que no hay ningún cambio en los centros de clústeres o un cambio pequeño. El cambio de la coordenada máxima absoluta para cualquier centro es ,000. La iteración actual es 16. La distancia mínima entre los centros iniciales es 20,640.

10.5. Sinopsis

En este capítulo hemos analizado las respuestas de la encuesta que se llevó a cabo en 2017 al colectivo médico colegiado en la Comunidad de Madrid. En ella se plantearon preguntas acerca de la valoración del modelo sanitario en España (con especial foco aspectos de la sanidad pública y privada), y sobre los posibles efectos en la salud y en la atención sanitaria, provocados por del RD-Ley 16/2012 y por la crisis económica del 2008. Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

En cuanto a la valoración general del sistema sanitario español, predomina la concepción positiva del sistema sanitario actual, con un 64% de opiniones favorables y un 35% desfavorables. Concretamente el 55% de los encuestados

cree que “el sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios”; el 33% que “el sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan”; el 9% que “en general, el sistema sanitario funciona bastante bien”; y por último el 2% considera que “el sistema sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente”.

La valoración de la sanidad pública y privada, muestra que la pública se valora unánime y positivamente en los tres aspectos abordados (pruebas diagnósticas necesarias, tratamientos necesarios, excelencia en la atención sanitaria). En cambio, la sanidad privada y la pública de gestión privada presentan discrepancias en su valoración, cuando se pregunta acerca de si se hacen todas las pruebas diagnósticas y tratamientos necesarios. El aspecto positivo más destacado de la sanidad pública es su universalidad de acceso, la alta preparación de sus profesionales, y la calidad de sus servicios en general. De la sanidad privada se destaca positivamente su rapidez de atención y el buen trato hacia el paciente. Por último, de la sanidad pública con gestión privada se destaca la mayor eficiencia en cuanto a su gestión. En cuanto al modelo sanitario principal en España, se aboga mayoritariamente por una sanidad pública gestionada por el Estado (72% de las respuestas), seguida de una sanidad pública apoyada por empresas privadas, un sistema de seguros privados subvencionados por el Estado, y una sanidad totalmente privada, con el 12%, 6% y 2% de las respuestas respectivamente. Las preguntas abiertas añaden no obstante que la sanidad pública debería ser más eficiente, sin descartar en este sentido una colaboración con la empresa privada (la cual se concibe más eficiente).

Sobre los efectos del RD-Ley 16/2012 en la salud, aproximadamente la mitad de los médicos encuestados (55%) cree que el mencionado decreto ha tenido efectos en la salud. Un 35% de ellos considera que han sido negativos, un 15% que han sido negativos y positivos, y un 5% que han sido positivos. Por otro lado, el 29% afirma no haber detectado ningún efecto y el 15% expresa no tener una opinión clara al respecto. Como consecuencias negativas, se destaca la falta de acceso a medicamentos y tratamientos debido a la introducción del copago (que ha perjudicado a los sectores económicamente más desfavorecidos), derivando en los problemas de salud no atendidos por esta situación. También se resalta

la limitación del acceso a la sanidad primaria y especializada por parte de un sector de la población (inmigrantes en situación irregular), conllevando igualmente a problemas de salud desatendidos, destacando el riesgo que pueden suponer las enfermedades infecciosas a la salud pública. Concretamente el 71% de los médicos encuestados afirma que existen pacientes que no toman la medicación por falta de medios económicos. Algunos lo atribuyen a la aprobación del RD-Ley 16/2012 (34%), otros a la crisis económica (23%) y otros consideran que siempre han existido y son igual de frecuentes que siempre (14%). Por otro lado, un 26% afirma que no han conocido casos en tal situación, y de forma menos relevante están los que creen que son menos frecuentes desde la crisis o desde el RD-Ley 16/2012, con menos del 1% de las respuestas en ambos casos. Como aspectos positivos se destaca una mayor eficiencia en la gestión farmacéutica, especialmente debido al recetado por principio activo (y no por marca, por ejemplo), a la exclusión de la financiación pública de medicamentos de menor importancia, al copago que sí puede resultar justo para las rentas más altas, y a que se evitan usos innecesarios de la medicación por parte de los pacientes. Estas respuestas sobre los efectos en la salud derivados del RD-Ley 16/2012 van en la misma línea que lo comentado en las entrevistas en profundidad con los médicos.

En cuanto a los efectos del RD-Ley 16/2012 en la atención sanitaria, la mayoría de los médicos encuestados (el 55%), ha señalado como mínimo algún efecto en la atención sanitaria, generalmente negativo. Destacan las menciones a la reducción del tiempo de atención al paciente (30% de las respuestas), el alta hospitalaria más temprana (26%), la reducción de algunos tratamientos (25%) y la reducción de número de pruebas diagnósticas (18%). Además, se señala complementariamente en la pregunta abierta, el aumento de las listas de espera en pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas (y el traslado de pacientes a la sanidad privada por este motivo) y un empeoramiento general en la calidad de la atención al paciente y de las condiciones laborales del personal sanitario. Por otro lado, el 43% afirma no haber notado ningún efecto en la calidad de la atención al paciente.

Si atendemos a la relación entre la valoración del RD-Ley 16/2012 con otras variables, se observa una importante asociación con la autoubicación ideológica.

De los que están de acuerdo con dicha ley, el grupo mayoritario con el 44% de las respuestas son los que se ubican a la “derecha”. De los que están en desacuerdo con el decreto, un amplio 71% se define “izquierdas”. De los que declaran no estar “ni de acuerdo ni en desacuerdo” son mayoritariamente los autodefinidos de “centro” (el 41%). Por otro lado, además de la valoración de dicha ley, la concepción de si esta ha tenido efectos en la salud también esta asociada a la ideología política. Se ha observado mediante el análisis de correspondencias que los perfiles identificados con la “derecha” tienden a afirmar más que la ley ha tenido efectos positivos en la salud o que no tienen una opinión clara al respecto. Los perfiles autodefinidos como “izquierdas”, que ha tenido efectos negativos. Y los que se autoclasifican en el “centro”, tienden a afirmar no haber detectado ningún efecto, o que la mencionada ley ha tenido efectos positivos y negativos.

En cuanto al efecto de la crisis económica del 2008 en la salud, destaca una amplia mayoría del 63% afirma haber notado algún efecto negativo en la salud, mientras que el 33% declara no haber notado ninguno. Concretamente, un 42% de los médicos encuestados afirma que los pacientes “tienden a pedir menos bajas laborales”, un 38% que “en general, las personas se cuidan menos (se alimentan peor, hacen menos ejercicio físico, etc.)”, un 24% que “acuden más al médico”, el 12% que “evitan acudir al médico”, el 11% que “tienden a pedir más bajas laborales”, y un minoritario 4% que “en general, las personas se cuidan más (comen mejor, hacen más ejercicio físico, etc.)”. De forma complementaria, con lo recogido en la pregunta abierta, se resaltan consecuencias negativas relacionadas con problemas psicológicos (decaimiento, falta de motivación, estrés, ansiedad y depresión) que conllevan muchas veces al empeoramiento en los cuidados personales (alimentación y cuidado físico), problemas de salud derivados de no cumplir con los tratamientos y la medicación por falta de recursos económicos, y la disminución de peticiones de baja laboral por miedo a perder el trabajo. Cuando se les pregunta por efectos positivos de la crisis, una mayoría del 82% considera que no los ha habido, pero sí lo cree el 14%. Estos resaltan positivamente la reducción de solicitudes de baja laboral por motivos de menor importancia, menos “abuso” de medicamentos, una mayor conciencia del coste de los recursos sanitarios y la reducción de gasto innecesario. Los

aspectos destacados, son más bien relacionados con la calidad de atención al paciente, y no tanto efectos directos en la salud. Esto sugiere la idea de que es difícil distinguir los efectos en la salud de los efectos en la atención sanitaria. Por otro lado, un 17% afirma no haber notado ningún cambio en la actitud de los pacientes desde la crisis económica.

Sobre los efectos de la crisis económica en la atención sanitaria, el 37% de los encuestados considera que “se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente”, el 30% que “se ha reducido el número de algunos tratamientos”, un 28% que “se da el alta hospitalaria de forma más temprana” y el 24% que “se ha reducido el número de pruebas diagnósticas”. En cambio, un 32% (una minoría) afirma no haber notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente desde la crisis económica. Se observa que las respuestas son similares a cuando se pregunta por los efectos en la calidad de la atención sanitaria derivados del RD-Ley 16/2012. Esto sugiere que, o bien los efectos provocados por la crisis y por la aprobación del RD-Ley 16/2012 son similares, o bien que es difícil distinguir la causa (crisis o decreto) de los efectos observados. Las respuestas a las preguntas abiertas también son similares a las dadas en la sección que trata de los efectos del RD-Ley 16/2012. Se menciona una disminución del tiempo de atención en consulta, un aumento de las listas de espera (en pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas) y de forma novedosa a la sección anterior, una pérdida de interés e implicación con el paciente (debida a la saturación de las consultas). También ha habido menciones sobre efectos positivos que ha tenido la crisis en la calidad de la atención al paciente. Principalmente se ha comentado un menor abuso de medicamentos y de bajas laborales no justificadas, así como una mayor concienciación de los costes de los servicios sanitarios.

En cuanto a la relación entre la valoración de si hay efectos de la crisis con otras variables hemos observado también en esta sección una clara asociación con la variable ideología. Concretamente, se ha observado que de los que afirman haber notado efectos negativos de la crisis, el 52% se ubican en la “izquierda” y únicamente un 21% en la “derecha”. Y de los que afirman no haber notado ningún efecto, un 43% se define de “derechas”, y sólo un 28% y 29% en la “izquierda” y “centro” respectivamente. En la misma línea el coeficiente de

correlación de Pearson ($r = -0,241$, significativa a $p \leq 0,01$) muestra que cuanto más a la “izquierda” se defina el entrevistado, más tenderá a creer en la existencia de efectos negativos provocados por la crisis económica.

Por último, hemos definido cuatro tipologías de encuestados mediante el análisis de conglomerados:

- "Centroizquierda" contraria al RD-L 16/2012. Se caracteriza por ser el que ideológicamente más a la “izquierda” se sitúa, y por ser el más crítico con el RD-Ley 16/2012. En lo demás es similar a otros conglomerados: valora positivamente la sanidad pública, la sanidad privada y la pública con gestión privada en cuanto a si cree que realizan todas las pruebas diagnósticas y tratamientos necesarios, y en cuanto a la excelencia de la atención al paciente.
- "Derecha" favorable al RD-L 16/2012. Destaca especialmente por ser el perfil más conservador y el que mejor valora el RD-Ley 16/2012. Se asemeja a otros perfiles en que también valora muy favorablemente la sanidad pública, la sanidad privada y la pública con gestión privada en los distintos aspectos abordados.
- "Centro" favorable a la sanidad pública. No se ubica ni en la izquierda ni en la derecha. Se caracteriza por valorar muy positivamente la sanidad pública y ser muy crítico con la privada, en los distintos aspectos abordados. Aunque en menor medida que con la sanidad privada, también es muy crítico con sanidad pública de gestión privada. Tiende a estar más bien en desacuerdo con el RD-Ley 16/2012.
- "Centroderecha" favorable a la sanidad privada. Se sitúa con un 6 en la escala ideológica, y es el que mejor valora la sanidad privada en los distintos aspectos abordados. A su vez es el conglomerado que peor valora la sanidad pública (aunque esta valoración no es del todo negativa, estando cerca del 6 en la escala de 0 a 10). La sanidad pública de gestión privada es valorada de forma positiva también. El nivel de aceptación del RD-Ley 16/2012 es moderado.

CAPÍTULO 11. Conclusiones

A finales del año 2007 muchos países entraron en un período de recesión económica, experimentando aumentos en las tasas de desempleo y la disminución de las tasas de crecimiento del PIB. En España, la tasa de desempleo llegó a ser especialmente elevada y, según los datos del Eurostat, en 2012 fue 2,5 veces mayor que la media de la Unión Europea, llegando al 27,4% a principios de 2013. A partir de 2008, y hasta 2014, la tasa de crecimiento del PIB se situó en valores cercanos a 0 e incluso negativos, según los datos del Banco Mundial. Además, la deuda pública se incrementó de forma ininterrumpida hasta 2014, fecha en la que llegó a suponer el 100,4% del PIB, también según el Banco Mundial.

En este contexto se aprobaron una serie de medidas con la finalidad explícita de mejorar la eficiencia en varios ámbitos, así como para reducir el gasto público. La sanidad fue uno de estos ámbitos afectados, con la aprobación del RD-Ley 16/2012. Este decreto excluyó a un sector de la población de la atención primaria y especializada, redefinió la cartera común de servicios (los servicios que cubre la sanidad pública), se establecieron nuevos criterios para mejorar la gestión económica de la sanidad, para la financiación farmacéutica y para aspectos relacionados con los recursos humanos, entre otras medidas.

Nuestro objetivo en esta investigación ha sido investigar los efectos que la crisis económica y la aprobación del RD-Ley16/2012 ha tenido en la salud. Pero no nos limitamos a estudiar sólo el estado de la salud de la población, porque entendemos que hay otros aspectos que deben ser analizados, por su vínculo con el estado de la salud. Por tanto, investigamos también el sistema sanitario,

por ser un elemento clave como protector y proveedor directo de salud, y porque su posible debilitamiento podría suponer ciertos riesgos en la salud presente o futura de la población. También analizamos la opinión de la población y del personal sanitario sobre la salud y la sanidad, para aproximarnos de algún modo al conocimiento público y especializado sobre los aspectos tratados. De este modo, el objetivo no se limita a conocer sólo los efectos de la crisis económica del 2008 y del RD-Ley 16/2012 en la salud, sino también en la sanidad, y la opinión de los ciudadanos y del personal sanitario al respecto.

Para abordar estos objetivos se ha procedido a una revisión de datos secundarios de las principales fuentes estadísticas públicas disponibles hasta la fecha. Para conocer el estado de la salud y de la sanidad, las fuentes consultadas han sido la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, el Instituto Nacional de Estadística, Eurostat, el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, y la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Para conocer la opinión de los ciudadanos, nos hemos basado en los datos disponibles en el Centro de Investigaciones Sociológicas; en especial, las encuestas denominadas Barómetros Sanitarios. Para complementar estos datos secundarios sobre la opinión de los ciudadanos, se efectuó un análisis de redes de la conversación en Twitter sobre la salud y sanidad entre el 16 de septiembre de 2018 y el 17 de octubre de 2018.

Además, se intentó estudiar especialmente la opinión del personal sanitario, por el interés que se desprende de su contacto diario con nuestro objeto de investigación, como consecuencia de su práctica profesional. En concreto, se realizó una encuesta al colectivo médico de la Comunidad de Madrid, a través de un cuestionario online enviado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid a los médicos colegiados; por lo tanto, un cuestionario autocumplimentado con una muestra de “autoselección”. También se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas en profundidad al personal sanitario (médicos/as, enfermeros/as y administrativos/as).

A continuación, vamos a esquematizar los principales resultados de nuestra investigación, pero no vamos a exponer un resumen de todos los datos analizados, ya que son demasiados y no todos muestran la misma relevancia. Remitimos al lector interesado a los capítulos dedicados al análisis de datos (6, 7, 8, 9 y 10), donde también puede encontrar un resumen sinóptico al final de cada capítulo.

En este apartado nos centraremos únicamente en los resultados más relevantes. Describiremos las posibles alteraciones en la salud o en la sanidad derivadas de la crisis o el RD-Ley 16/2012, y contrastaremos estos datos con la opinión de los ciudadanos, para obtener una referencia de su grado de conocimiento y conciencia sobre la situación del sistema sanitario y del estado de salud. Igualmente comprobaremos en qué medida nuestras hipótesis han quedado validadas o refutadas; y relacionaremos nuestros resultados con las investigaciones en este ámbito, tal como fueron descritas en el capítulo 3. Trataremos de dar una interpretación de cada uno de los resultados comentados, cuando sea posible. Si bien, hacemos notar que cada uno de ellos requeriría de un estudio pormenorizado, lo que sobrepasa con creces los límites de esta investigación.

11.1 Discusión de los principales resultados

11.1.1. Efectos en la salud de la población

Suicidios y salud mental

Destaca un aumento en los suicidios como efecto tardío de la crisis, entre los años 2012 a 2014. Este mismo efecto tardío se observa en los trastornos mentales y del comportamiento, con un aumento en las altas hospitalarias en 2012 hasta 2014. Una vez pasado lo peor de la crisis, los suicidios vuelven a disminuir desde 2014 en adelante; pero, los trastornos mentales no acaban de remitir de forma evidente y clara.

Estos datos concuerdan con lo expresado por el personal sanitario en las entrevistas abiertas y por los doctores colegiados médicos encuestados. En

ambos casos, se señaló un aumento en los problemas psicológicos, ya fuera en modo de ansiedad, estrés o incluso depresión. Además, algunos entrevistados y encuestados hicieron referencia a que precisamente este efecto se estaba notando unos años después del inicio de la crisis; o que se corresponde con lo observado en los datos estadísticos, donde parece que los problemas psicológicos se agudizan tras unos años de crisis.

Estos datos estadísticos y de opinión de los profesionales sanitarios también están en consonancia con la gran mayoría de los estudios mencionados en el marco teórico, ya que éste es precisamente uno de los puntos donde existe un mayor consenso en la bibliografía especializada consultada (y resumida en el capítulo 3).

Accidentes

Hemos detectado también una disminución en las muertes por accidentes de tráfico, especialmente los accidentes con vehículos de motor. Cuando los datos económicos señalan que se retorna al crecimiento económico, se vuelve a incrementar los accidentes, especialmente los de transporte. Esta situación puede interpretarse a partir de una disminución del número de vehículos en circulación y del número de kilómetros recorridos en épocas de crisis; lo que hace reducir la probabilidad de tener accidentes. En definitiva, podríamos decir que en épocas de crisis económica hay menos “tráfico”.

También estos datos están en correspondencia con la mayoría de los estudios publicados, siendo igualmente éste otros de los puntos con mayor consenso.

Embarazo, parto y puerperio

Las altas hospitalarias por problemas y complicaciones asociados al embarazo, parto y puerperio se han reducido a partir de la crisis económica. Podemos interpretar estos datos en paralelo con la caída de la natalidad que ha acompañado a la crisis económica, y no como una posible mejora en la salud

provocada por la crisis. Con el auge económico, y el consiguiente aumento en la natalidad, vuelve a observarse un incremento en las altas hospitalarias por problemas y complicaciones asociados al embarazo, parto y puerperio. Tal y como se indica en el informe “Crisis económica y salud en España” del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018), muchas de las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio son tan poco frecuentes que cualquier oscilación debe interpretarse con cautela. No obstante, como hemos señalado en el capítulo 7 dedicado al análisis del estado de la salud, estos datos resultan totalmente coherentes con el comportamiento de la natalidad con la crisis, mostrando una disminución durante la recesión y aumentando con el auge económico.

Aumento en las urgencias atendidas

Otro de los puntos a destacar ha sido el considerable aumento en la actividad en urgencias. Pensamos que debe interpretarse este dato no como un aumento de los problemas de salud que deban ser tratados en urgencias, sino porque la población que ya no pudo acudir gratuitamente a la atención primaria y especializada, como consecuencia del RD-Ley 16/2012, acudía por la vía de las urgencias, motivo por el cual se dio una elevada saturación en sus servicios. Tanto en las entrevistas al personal sanitario, como en la encuesta efectuada al colectivo médico, se afirmó la saturación de las urgencias provocadas por el RD-Ley 16/2012. En menor medida también creemos que puede haber afectado el hecho de que una creciente proporción de la población, desde 2010 en adelante, pensara que la situación de las listas de esperas había empeorado en los años anteriores. Lo que podría provocar que muchas personas evitaran pedir cita para evitar dichas listas de espera y acudiera por la “vía directa” de las urgencias. Tras la revocación de dicha ley en 2018, se observa una reducción de la actividad de urgencias y un aumento en la actividad ordinaria.

Este aspecto no ha sido abordado en los estudios de carácter más internacional, ya que ha sido una particularidad propia de España, provocada probablemente, y en buena medida, por el RD-Ley 16/2012. Sí se menciona en el informe “Crisis

económica y salud en España” del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Pero en este informe el análisis se centra más en el estudio sobre las desigualdades económicas en el uso de la atención primaria y de urgencias. Sí detecta, en cierto modo, un aumento en el uso de los servicios de urgencias, pero trata de analizarlo en relación con el nivel socioeconómico de los usuarios. En nuestra opinión, la interpretación correcta del aumento de los servicios de urgencias, como decimos, se debe a la aplicación del RD-Ley 16/2012 y, en menor medida, a la creencia de que las listas de espera habían empeorado en los últimos años. Estos dos hechos, el RD-Ley 16/2012 y el aumento de la opinión de que las listas de espera han empeorado, no se mencionan en el informe citado del ministerio. Si bien, pensamos que son de crucial importancia para entender el aumento en los servicios de urgencias.

Consumo de medicamentos

No hemos podido comprobar la evolución de la cantidad de medicamentos consumidos, por la falta de datos históricos al respecto. Pero sí hemos podido constatar una reducción significativa del gasto farmacéutico en medicamentos con receta oficial del Sistema Nacional de Salud desde 2009 hasta 2013, y del número de recetas facturadas del 2011 en adelante; es decir, de las que se dispensan en las farmacias. Que el número de recetas disminuya a partir de 2011 es probable que esté vinculado a la aplicación del RD-Ley 16/2012, porque incluía medidas de racionalización del gasto farmacéutico.

Los estudios de carácter más internacional no aluden tampoco a esta cuestión. Pero sí se ha abordado en el informe del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018), donde se referencia a Puig-Junoy et al. (2014 y 2016) aludiendo a que el RD-Ley 16/2012 fue el principal motivo de la reducción del número de medicamentos que se consumieron. También consideran que el propio contexto económico influyó para que las personas racionalizaran más el consumo de medicamentos. Aunque el estudio al que hacen referencia usa otra base de datos (IMS Health), estos son coherentes con los datos usados en

nuestra investigación, obtenidos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Sin embargo, resulta llamativo que el gasto farmacéutico (y no el número de medicamentos) empezara a disminuir antes de que el decreto entrara en vigor; dato que no se ha comentado en el informe del ministerio. Es posible que este hecho se deba al propio contexto de crisis, tal y como mencionan en el informe del ministerio para aludir a la reducción en el número de medicamentos. Esta posibilidad además sería coherente con la existencia de sectores que hayan reducido la compra de medicamentos por falta de recursos económicos. Recordemos que, tanto en las entrevistas al personal sanitario como en la encuesta a los médicos, se ha hecho alusión a esta última cuestión.

En cualquier caso, también hacemos notar que a partir del 2013 esta disminución en el gasto y en el número de recetas se detiene.

Hábitos saludables

Se ha observado una ligera disminución con la crisis económica en el consumo de carne, pescado (especialmente sus variantes frescas), fruta, hortalizas, patatas, “bollería/pastelería/galletas/cereales” y cerveza. A su vez, ha aumentado ligeramente el consumo de arroz, pasta y vino. El consumo de carne, pescado, fruta y hortalizas sigue descendiendo tras la crisis, aunque a un ritmo mucho menor. El consumo de patatas dejó de disminuir en 2011 y pasó a mantenerse estable. El aumento en el consumo de arroz se detuvo en 2013, pero el consumo de pasta sigue aumentando hasta los datos más recientes disponibles. El consumo de “bollería/pastelería/galletas/cereales” vuelve a aumentar a partir de 2011, pero más pausadamente. Por último, tras la crisis económica el vino volvió a su tendencia decreciente y la cerveza a su tendencia creciente.

Hacemos notar que estos son datos que incluyen a toda la población. Por lo que probablemente haya ciertos sectores más afectados y que muestren estos cambios de hábitos de forma más notable. Precisamente también se ha

constatado que los sectores de la población con más dificultad para consumir carne y pescado, al menos dos veces a la semana, son los hogares monoparentales con uno o más niños dependientes, los hogares clasificados como “otro tipo de hogares con niños dependientes”, la población con menor nivel educativo, los parados y los extranjeros con origen externo a la Unión Europea. Con los años, y a pesar de que la crisis económica ha remitido, estos sectores muestran una tendencia a ser cada vez más vulnerable, en cuanto que evidencian más dificultades para consumir carne o pescado, al menos dos veces a la semana. No obstante, a pesar de que haya sectores con dificultades para comer al menos dos raciones de pescado o carne a la semana, cabe destacar las personas que por motivos psicológicos (decaimiento, depresión, etc..) se cuidan menos y se preocupan menos por la alimentación, tal y como comentaron en las entrevistas y en la encuesta el personal sanitario y los doctores colegiados. Por lo que es posible que esta situación también haya influido. Por otro lado, el consumo de tabaco ha aumentado ligeramente con la crisis, y se han mantenido relativamente estos niveles de consumo tras la crisis hasta el presente. Como hábito saludable también podríamos haber incluido el ejercicio físico, pero no hemos encontrado datos que nos informaran con detalle sobre estos hábitos antes de la crisis económica.

El tema de la alimentación sí ha sido abordado en otros estudios, pero en los enfocados a otros países. Así en Stuckler et al. (2017) se menciona el aumento en la inseguridad alimentaria, y se resalta el papel clave que han tenido las políticas de austeridad en este sentido. Su estudio abarca datos agregados a nivel europeo, siendo en España la situación similar.

También en Toffolutti y Suhrcke (2014) encontramos algunas referencias a hábitos saludables. En su investigación se utilizan datos agregados de todos los países europeos, y no se detectan cambios en el consumo de frutas y verduras. Este hecho no se corresponde del todo con el caso de España, donde sí se han dado cambios menores. Además, estos cambios, que se detectan como menores en los indicadores generales, probablemente estén reflejando cambios de mayor importancia en ciertos sectores de la población. Identificar los sectores que han resultado más vulnerables puede resultar interesante para futuras investigaciones.

El consumo de tabaco en épocas de crisis ha sido analizado por Ruhm (2000), pero sus observaciones para EE.UU difieren de lo observado en España. Si bien, él destaca un comportamiento procíclico del consumo de tabaco, en España precisamente ha aumentado el consumo con la crisis, y no con el auge económico. Esto denota que las características de cada país (como las leyes aprobadas en materia de consumo de tabaco, las normas culturales, etc.) juegan un papel clave.

En el informe del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018), se hace alusión al consumo de tabaco, pero sus datos no son del todo coincidentes con los mostrados en esta investigación, ya que destacan una progresiva disminución en el consumo de tabaco, también en período de crisis económica. En el informe del ministerio se usan indicadores unificados, para así obtener más datos en el tiempo, de la Encuesta Nacional de Salud (INE) y la Encuesta Europea de Salud en España (del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social). En este estudio, hemos analizado los datos de la encuesta EDADES, realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. En esta encuesta se dispone de mayor detalle en los datos, ya que los ofrece con periodicidad bianual. En el informe del ministerio, aun uniendo los datos de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud, se trabaja con datos con una periodicidad de alrededor de 3 años. Por lo que puede perderse el detalle del repunte al que nosotros hacemos alusión.

Destaca la poca atención que han dedicado los estudios sobre los efectos de las crisis económicas en la salud a los hábitos saludables, especialmente en el caso de España. Por ejemplo, el informe del ministerio al que estamos aludiendo, que ofrece una visión muy completa sobre los efectos de la salud provocados por la crisis, sí alude a algunos hábitos, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico o el consumo de drogas. Pero, no aborda la alimentación, cuestión que nosotros consideramos clave. Por tanto, creemos que el estudio de los hábitos saludables es un aspecto muy importante a la hora de estudiar los efectos en la salud en los países desarrollados, y que futuras investigaciones deberían poner el foco en estas cuestiones, incluyendo indicadores sobre alimentación, ejercicio, obesidad y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Otras consideraciones sobre el estado de salud

La esperanza de vida y la mayoría de las tasas de mortalidad y morbilidad (salvo las destacadas anteriormente), así como la prevalencia de la obesidad, no muestran cambios significativos con la crisis económica, ni con el RD-Ley 16/2012. Además, si contrastamos estos datos objetivos con la opinión de los ciudadanos, vemos que hay bastante correspondencia, ya que no se observan cambios en la salud autopercebida con la crisis o el real decreto. Tras haber comprobado que no ha habido graves consecuencias negativas en la salud de los españoles tras la última crisis económica, pensamos que es importante buscar algún factor que logre explicar en alguna medida por qué se ha mantenido una salud relativamente positiva.

Para ello hemos propuesto un modelo de regresión lineal, comparando el gasto público en sanidad con el gasto privado en sanidad, para determinar la esperanza de vida (comúnmente aceptado como el indicador más representativo del estado de salud de una población) en los países de la OCDE. Mostramos que buena parte de la esperanza de vida está determinada positivamente por el gasto público en sanidad; también de forma positiva por el gasto privado, pero es el público el que tiene más importancia a la hora de explicar la esperanza de vida. La importancia de esta variable se ha mantenido en el tiempo y no se ha visto alterada por la crisis económica. El modelo muestra que el gasto público tiene un efecto muy importante y positivo a la hora de determinar la esperanza de vida, más que el gasto privado en salud.

Probablemente también en España, el sistema sanitario público (de algún modo representado en el gasto público sanitario) haya sido clave a la hora de no permitir que las posibles consecuencias negativas de la crisis económica impacten en la salud, y logre explicar, al menos en parte, por qué se ha seguido manteniendo alta la esperanza de vida. Evidentemente el gasto en sanidad sólo explica una parte de la esperanza de vida, y hay que tomar en consideración las particularidades de cada país para obtener un modelo más preciso. Probablemente, variables como la alimentación y otras ayuden a mejorar el poder de predicción del modelo.

Queremos señalar que el hecho que no destaquemos más consecuencias no significa que no haya habido más efectos. Como ya hemos indicado en anteriores ocasiones, la falta de acceso a los datos de la atención primaria limita nuestro alcance. Además, siempre pueden desarrollarse efectos a largo plazo.

11.1.2. Efectos en la sanidad

Los datos muestran que el sistema sanitario sí se ha visto impactado con la crisis económica. Pero la calidad de la atención al paciente prácticamente no se ha visto afectada ni con la crisis, ni con el RD-Ley 16/2012, teniendo en cuenta los recursos, los materiales y el personal disponible. El gasto sanitario público, medido tanto en porcentaje del PIB como en gasto per cápita en sanidad, se ha visto significativamente reducido con la crisis económica, especialmente a partir de 2010 en adelante. Si bien, parece que la mayor parte de esta reducción está relacionada con las retribuciones al personal sanitario, las cuales sí se ha visto negativamente afectadas, y que además representan la mayor parte de los costes en sanidad.

El número de centros de especialidades se incrementan, de forma considerable, con la crisis, especialmente a partir de 2009. En cambio, el número de centros de atención primaria y el número de hospitales no muestran cambios significativos con la crisis económica.

La dotación básica no se ha visto afectada negativamente con la crisis, ni con la aplicación del real decreto ley. En todo caso, algunos recursos han aumentado en plena crisis, o no se han visto afectados. La dotación básica comprende las camas hospitalarias instaladas, las camas hospitalarias en funcionamiento, el número de quirófanos y el número de puestos de hospital de día. El número de puestos en los hospitales de día aumenta notablemente en plena crisis económica, entre 2009 y 2010. Las camas hospitalarias, tanto las instaladas como las que han estado en funcionamiento, y el número de quirófanos no se ven afectados ni con la crisis, ni con el real decreto (el número de camas ya venía mostrando una tendencia decreciente, que no se vio alterada).

La dotación tecnológica generalmente también ha mejorado durante la crisis económica. Los equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único (para tomar imágenes mediante radiación gamma), de litotricia renal (para tratar piedras en la vesícula y el riñón), de angiografía digital (para estudiar los vasos sanguíneos), de resonancia nuclear magnética (para la obtención de imágenes mediante campos magnéticos), de hemodiálisis (para terapia de sustitución renal), y de aceleradores lineales (para tratar tumores cancerígenos mediante radiación), aumentan significativamente entre 2009 y 2010. Además de estos equipos, también se incrementan notablemente de 2009 a 2012 las salas de hemodinámica (salas equipadas con alta tecnología para diagnosticar y tratar enfermedades cardiovasculares). Algunos equipos, sin embargo, no muestran cambios en el período de crisis, como los equipos de tomografía axial computarizada (conocidos como TAC, para la toma de imágenes con rayos X) o las bombas de telecobaltoterapia (para el tratamiento de tumores cancerígenos mediante radiación).

Los recursos humanos sí se han visto negativamente impactados por la crisis económica, tanto por una disminución en el personal, aunque mínima, como sobre todo por la saturación en las consultas, especialmente en urgencias. Como hemos señalado, muy probablemente debido al RD-Ley 16/2012, y en menor medida quizá también por un aumento en la percepción de que las listas de espera habían empeorado en los últimos años, tal y como se desprende del Barómetro Sanitario del CIS. Este hecho fue destacado también en las entrevistas reiteradamente y en la encuesta a los médicos.

En definitiva, los datos analizados no muestran un empeoramiento de los recursos en la atención sanitaria, salvo en el caso del personal médico que se ha traducido en una saturación de las consultas. Si bien, no ha tenido un impacto en el sentido de falta de recursos para la atención de los pacientes.

Es interesante señalar que estos datos sobre la situación del sistema sanitario contrastan con la opinión de los ciudadanos. Con la crisis económica, especialmente a partir de finales de 2010 y principios de 2011, aumentó considerablemente la percepción de que varios aspectos de la sanidad habían empeorado en los últimos años, a pesar de que los datos comentados muestran

que realmente no ha sido así. Lo llamativo, además, es que la propia valoración de la sanidad, en sus diversos aspectos, se ha mantenido bastante positiva y de forma muy estable desde 2010. Es decir, la valoración de la atención primaria, la atención especializada, la atención en urgencias y sobre las listas de espera, es positiva y se ha mantenido sin variaciones desde 2010 hasta 2017, fechas en las que están disponibles los datos. Pero, al mismo tiempo, a partir de 2010 y 2011 aumentó de forma considerable la percepción de que cada uno de estos servicios había empeorado en los últimos 5 años. Es posible que este aumento de la percepción negativa se deba a la saturación de las consultas, que efectivamente sí ha empeorado con la crisis y el real decreto.

En cuanto a la opinión de los médicos encuestados, se observa una mayor concordancia con los datos comentados que en el caso de la opinión de los ciudadanos. Al preguntarles a los médicos sobre los efectos en la sanidad provocados por el RD-ley 16/2012 y por la crisis económica, destacaron varios puntos, generalmente los mismos para la crisis que para el decreto. Así se refirieron a la reducción de los tiempos en consulta, que concuerda con la saturación de los servicios que ya hemos comentado. También mencionaron bastante la reducción de las altas hospitalarias. Aquí matizamos que, según los datos consultados (camas hospitalarias en funcionamiento y camas disponibles), estas vienen reduciéndose, como mínimo desde 1997 (primeros datos disponibles de la serie), de forma progresiva y no desde la crisis, ni desde la aprobación del real decreto. Pero, en cualquier caso, no resulta contradictorio con los datos observados. Igualmente comentaron que se redujeron algunos tratamientos y algunas pruebas diagnósticas. Lo que sí parece contrastar con los datos observados, aunque no podemos confirmar que los datos analizados abarquen todos los tratamientos y pruebas diagnósticas. En cualquier caso, aunque sí se hayan reducido algunos tratamientos y pruebas diagnósticas, esta situación no parece haber impactado en los indicadores de salud analizados. También señalaron el aumento en las listas de espera, hecho que no hemos podido comprobar a partir de los datos. Además, un empeoramiento en general de las condiciones laborales con las que el personal médico tiene que desempeñar su función, situación que hemos podido comprobar parcialmente con la reducción de salario de los médicos. Igualmente destacamos que buena

parte de los encuestados, un 43%, afirmó no haber notado efectos. Lo que también concuerda bastante con nuestros datos que sugerían que los efectos en la calidad de la atención al paciente eran mínimos (recordemos que este 43% es orientativo, al tratarse de respuestas basadas en un muestro mediante “autoselección”).

11.2. Contexto académico

Nuestra investigación ha permitido contrastar los datos disponibles con estudios previos, tanto a nivel de España como en otros países. Además, para el caso de España, hemos aportado una visión complementaria con nueva información, ya que hemos ofrecido los datos obtenidos con la encuesta de médicos y también los datos sobre los hábitos de vida, especialmente los relacionados con la alimentación.

Primero, destacamos que se ha confirmado el aumento en los suicidios y los problemas mentales y la disminución de los accidentes de tráfico, como consecuencia de la crisis económica de 2008 en España, en línea con la gran mayoría de estudios disponibles. Parece éste un efecto estructural común a la mayoría de los países desarrollados. Si bien, destacamos que los suicidios y los problemas mentales han aumentado como efecto tardío de la crisis, y no como efecto inmediato tal y como se ha pretendido analizar en la mayoría de los estudios comentados. Pero más allá de los suicidios y los accidentes de tráfico, que podrían calificarse como los efectos más drásticos de la crisis, parece que el impacto se ha dado más bien en algunos hábitos de vida que podrían comprometer la salud a largo plazo, como es la alimentación, el consumo de tabaco o la inactividad deportiva (según las entrevistas).

En definitiva, podemos decir que los resultados obtenidos no se corresponden en absoluto con un escenario comparable al de las crisis económicas que han acompañado a los antiguos países de la URSS en su transición hacia economías de mercado. Las consecuencias en la salud han sido mucho menores que las acontecidas en esos contextos. Por lo que las advertencias sobre lo que podría haber ocurrido en España, en esta última crisis económica de 2008, basándose

en lo que ocurrió en los países de la antigua URSS, han quedado fuera de lugar a nuestro parecer. Nuestra investigación, en consecuencia, no se corresponde con la postura defendida en Stuckler y Basu (2013) o en Karanikolos et al (2013), quienes proponían el paralelismo de la crisis actual con la asociada al derrumbe de los países de la Unión Soviética. Tampoco se han dado aumentos significativos en las enfermedades infecciosas, como advertían Karanikolos et al (2013), quienes señalaban indicios de un incremento en la tuberculosis o el VIH en España.

Por otro lado, a partir de los datos analizados, tampoco podemos situar nuestro estudio en el paradigma que defiende la existencia de efectos positivos en la salud provocados por la crisis, como sugieren Ruhm (2000, 2015), Tapia Granados (2013, 2014) o Toffolutti y Suhrcke (2014). No obstante, es posible que sí existan efectos positivos provocados por la crisis, aunque estos no se hayan observado por algún motivo en el caso de España. En este sentido, Toffolutti y Suhrcke (2014) ya señalaron que los efectos de la crisis eran más evidentes en los países con menor protección social, ya que ésta atenúa los efectos en la salud derivados de la crisis, ya sean negativos o positivos.

También es importante tener en mente una cuestión clave, y es que hemos descrito indicadores generales, sin profundizar en sectores sociales, tarea que dejamos para investigaciones futuras. Esto implica que los efectos globales observados pueden enmascarar efectos diferenciados. Por lo que no descartamos que existan efectos positivos o negativos en ciertos sectores de la población.

Igualmente hay que señalar que los resultados de este estudio, en algunos puntos avanzados en mi trabajo fin de máster del 2014, se encuentran muy cercanos a los del informe “Crisis económica y salud en España” de 2018, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, tanto en los efectos en la salud, como en los efectos de la sanidad, a pesar de usar fuentes de datos diferentes y metodologías distintas.

Por otro lado, insistimos en que resultaría clave poder analizar datos sobre la atención primaria como, por ejemplo, las causas que motivan pedir una consulta

o estadísticas de diagnósticos. De este modo, podríamos intentar ir más allá de los efectos de la mortalidad, morbilidad y esperanza de vida, que abarcan los efectos más drásticos, pero que no vislumbran muchos otros efectos menores, aunque igualmente importantes o más relacionados con los hábitos de vida. Hemos comentado esta circunstancia en relación a nuestra investigación, pero la extendemos a la gran mayoría de estudios que hay en la literatura.

11.3. Objetivos e hipótesis

El objetivo general que nos habíamos propuesto ha quedado relativamente cumplido. Habíamos planteado como objetivo general “investigar el impacto que la crisis económica del 2008 y la aprobación del RD-Ley 16/2012 ha tenido en la salud y en el sistema sanitario, y comprender los mecanismos que subyacen a la relación entre la evolución de la salud y los ciclos económicos”. Los objetivos han quedado bastante cubiertos con los resultados de la investigación descritos anteriormente, si bien hay que tener presente la principal limitación ya señalada reiteradamente: la falta de datos sobre atención primaria, que aportarían una visión más amplia de nuestro objeto de investigación. También insistimos en que los resultados obtenidos son globales y pueden esconder o ensombrecer los efectos diferenciados en los distintos sectores de la población, según la situación laboral, nacionalidad, sexo, etc.

En cuanto a las hipótesis planteadas inicialmente, podemos decir que generalmente se han visto refutadas.

La primera hipótesis era que “la salud no se ha visto afectada por la crisis económica, ni positiva ni negativamente”. Los datos muestran que la realidad no es tan sencilla como para poder simplificar los efectos únicamente en una calificación como negativa o positiva. Hemos visto que han existido efectos positivos (por ejemplo una bajada en los accidentes de tráfico) y negativos (como el aumento de los suicidios). Tampoco resulta sencillo hacer un balance con el que poder decir si los efectos han sido mayoritariamente positivos o negativos. Teniendo en cuenta estas dificultades, proponemos que los efectos han sido

menores en la salud, aunque no inexistentes. Además, creemos que han sido mayoritariamente negativos, como el empeoramiento en la salud mental (desembocando en el peor de los casos en los suicidios) y los hábitos de vida (como el empeoramiento en la alimentación y el mayor consumo de tabaco).

La segunda hipótesis era que la sanidad se había visto negativamente afectada con la crisis y con el RD-Ley 16/2012. De nuevo aquí debemos decir que los datos muestran una realidad no tan sencilla. Hemos observado que la sanidad sí se ha visto negativamente afectada, pero no la calidad de la atención al paciente, para la que apenas hay cambios. La mayor parte del impacto negativo suponemos que ha sido en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, pero no en la calidad de la atención al paciente, ni en un declive de los recursos disponibles.

La tercera hipótesis era que “la opinión de los ciudadanos sobre el sistema sanitario muestra un aumento de las opiniones y valoraciones negativas con la crisis económica, y especialmente con la aprobación del RD-Ley16/2012”. También en este caso hemos observado una realidad más compleja que la planteada en la hipótesis. La opinión sobre el sistema sanitario público se ha mantenido positiva, aunque destaca con la crisis económica el aumento de la percepción de que diversos aspectos de la sanidad “han empeorado”. Es decir, la percepción es que “vamos a peor”, cuando realmente, según los datos disponibles, esto no es cierto y los ciudadanos siguen valorando los servicios sanitarios igual que siempre.

11.4. Planteamiento para futuras investigaciones

Son muchos los frentes que han quedado abiertos en esta investigación, como por otro lado no podía ser de otra manera en una tesis doctoral. No obstante, este estudio ha servido para tener una visión más amplia y general de nuestro objeto de investigación. Pero en futuras investigaciones resultaría pertinente profundizar para comprobar efectos diferenciados de la crisis en distintos sectores sociales (según categoría laboral, edad, sexo, nacionalidad, etc.).

Otro de los frentes abiertos más relevantes para ahondar en próximas investigaciones sería el relacionado con el análisis de los hábitos de vida y los determinantes sociales de la salud. De forma similar, si efectivamente el proyecto de publicar los datos sobre la atención primaria llega a concluirse, resultaría muy pertinente explorar esas bases de datos. Así podríamos conocer muchos de los problemas de salud que no llegan a la atención especializada o a la de urgencias, por se generalmente de menor gravedad, pero no por ello de menor relevancia para el estudio.

Índice de gráficos

Gráfico 1.1. evolución del paro en España y la Unión Europea. Fuente: Eurostat	20
Gráfico 5.1. Evolución de las respuestas de la encuesta al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. Fuente: elaboración propia.	55
Gráfico 6.1. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	67
Gráfico 6.2. Gasto sanitario per cápita. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del BM.	68
Gráfico 6.3. Número total de centros de atención primaria. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	69
Gráfico 6.4. Número total de hospitales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	70
Gráfico 6.5. Número total de centros de especialidades. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	71
Gráfico 6.6. Puestos en los hospitales de día, por cada 100.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	72
Gráfico 6.7. Camas hospitalarias, disponibles y ocupadas, por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	73
Gráfico 6.8. Quirófanos totales por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	74
Gráfico 6.9. Dotación tecnológica: equipos de gammacámara y tomografía de emisión por fotón único, equipamiento de angiografía digital, y salas de hemodinámica en funcionamiento. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	75
Gráfico 6.10. Dotación tecnológica: aparatos de litotricia renal, aceleradores lineales y bombas de telecobaltoterapia. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	76
Gráfico 6.11. Dotación tecnológica: equipos de resonancia nuclear magnética y equipos de tomografía axial computarizada. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	77
Gráfico 6.12. Dotación tecnológica: equipos de hemodiálisis. Unidades por cada 1.000.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	78
Gráfico 6.13. Personal en la atención especializada. Profesionales por cada 1.000 habitantes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	79
Gráfico 6.14. Personal en la atención primaria. Pacientes por cada tipo de profesional. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	80
Gráfico 6.15. Retribución salarial al personal vinculado a las actividades sanitarias y de servicios sociales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	81
Gráfico 7.1. Esperanza de vida al nacer en España. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	86

Gráfico 7.2. Esperanza de vida al nacer en los antiguos países de la URSS, en comparación con la media de los países miembros de la UE antes de 2004. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	87
Gráfico 7.3. Tasa de crecimiento de la esperanza de vida al nacer en España. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.....	88
Gráfico 7.4. Evolución de la prevalencia de la obesidad en España con porcentaje de personas con uso de teléfonos móviles en el hogar. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS e INE.....	91
Gráfico 7.5. Evolución de las tasas de mortalidad por accidentes, accidentes con vehículos de motor y accidentes de transporte. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	94
Gráfico 7.6. Evolución de las tasas de crecimiento de la mortalidad por los tres indicadores de accidentes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.....	95
Gráfico 7.7. Evolución del parque de vehículos y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGT.	96
Gráfico 7.8. Evolución del número de matriculaciones totales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGT.	97
Gráfico 7.9. Evolución del tráfico en las carreteras españolas. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Fomento.	98
Gráfico 7.10. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	99
Gráfico 7.11. Evolución de las tasas de mortalidad por causas externas y envenenamientos, y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	100
Gráfico 7.12. Evolución de la tasa de morbilidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	104
Gráfico 7.13. Evolución de la tasa de morbilidad por ciertas enfermedades con origen en el período perinatal y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	105
Gráfico 7.14. Evolución de la tasa de natalidad. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	106
Gráfico 7.15. Evolución de la tasa de morbilidad por lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.....	106
Gráfico 7.16. Evolución de las distintas causas de morbilidad que se incluyen dentro de la categoría "lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas". Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.....	108
Gráfico 7.17. Evolución de la tasa de morbilidad por "trastornos mentales y del comportamiento" y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	109
Gráfico 7.18. Evolución de la tasa de estudios hemodinámicos. Número de estudios por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS	111

Gráfico 7.19. Evolución de la tasa de sesiones de litofragmentación por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	112
Gráfico 7.20. Evolución de las altas totales en traumatología y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	113
Gráfico 7.21. Evolución de la actividad en áreas relacionadas con la ginecología y la natalidad. Número total de altas en esa área asistencial (gráficos de la izquierda) y tasas de crecimiento (derecha). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	115
Gráfico 7.22. Evolución de la tasa de frecuentación a urgencias por cada 1.000 habitantes y sus tasas de crecimiento. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	116
Gráfico 7.23. Evolución de la actividad en la atención primaria, ordinaria y de urgencias. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	119
Gráfico 7.24. Evolución de la facturación de recetas médicas. Datos de fondos públicos para las CCUU e INGESA, y por otro lado las mutualidades. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MSCBS.	120
Gráfico 7.25. Evolución de la autopercepción "buena" o "muy buena" del estado de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat	122
Gráfico 7.26. Evolución de la autopercepción "malo", "muy malo" y "ni bueno ni malo" del estado de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat	123
Gráfico 7.27. Evolución de personas que declaran tener alguna enfermedad de larga duración o problema de salud, expresado en porcentajes. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.	124
Gráfico 7.28. Evolución del consumo de carne y pescado (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA	126
Gráfico 7.29. Evolución del consumo de frutas, hortalizas y patatas (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA	127
Gráfico 7.30. Evolución del consumo de arroz y pasta (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.	128
Gráfico 7.31. Evolución del consumo de bollería/pastelería/galletas/cereales (kg per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.	129
Gráfico 7.32. Evolución del consumo de vino y cerveza (l per cápita al año). Fuente: elaboración propia a partir de los datos del MAPA.	130
Gráfico 7.33. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	131
Gráfico 7.34. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según tipo de hogar. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	132
Gráfico 7.35. Porcentaje (sobre el total de la población) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según nivel educativo. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	133

Gráfico 7.36. Porcentaje (sobre la población mayor o igual a 16 años) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según su situación laboral. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	134
Gráfico 7.37. Porcentaje (sobre la población mayor o igual a 16 años) de personas que no puede consumir carne o pescado al menos cada dos días según su nacionalidad. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE.	135
Gráfico 7.38. Prevalencia de la obesidad en la población mayor o igual a 18 años. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS.	136
Gráfico 7.39. Porcentaje de personas que consumen tabaco a diario. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la encuesta EDADES.	138
Gráfico 7.40. Gráfico de dispersión con las variables "Esperanza de vida al nacer" y "Gasto público per cápita a valores de paridad de poder adquisitivo (PPA)", en su versión original y su transformación logarítmica. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	140
Gráfico 7.41. Gráfico de dispersión con las variables "Esperanza de vida al nacer" y "Gasto privado per cápita a valores de paridad de poder adquisitivo (PPA)", en su versión original y su transformación logarítmica. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	141
Gráfico 7.42. Evolución de los coeficientes beta (B) de los modelos de regresión simple con cada variable independiente. Elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	146
Gráfico 7.43. Evolución de los coeficientes beta (B) de cada variable del modelo de regresión ponderado y no ponderado. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	148
Gráfico 7.44. Evolución del gasto sanitario público en Estados Unidos. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	149
Gráfico 7.45. Evolución de los coeficientes de determinación de los modelos obtenidos para cada año. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	150
Gráfico 7.46. Gráfico de dispersión con las variables "PIB Real per cápita" y "esperanza de vida" en su versión original. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial.	152
Gráfico 8.1. Opinión acerca del funcionamiento del sistema sanitario español (serie L.1.02.02.001). Fuente: CIS.	160
Gráfico 8.2. Opinión acerca del funcionamiento del sistema sanitario español (serie L.1.02.02.001). Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.	161
Gráfico 8.3. Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (serie L.1.02.02.002). Fuente: CIS.	162
Gráfico 8.4. Escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario público en España (serie L.1.02.02.002). Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.	163
Gráfico 8.5. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención primaria (cabecera/pediatría) en centros de salud (serie L.1.04.01.028). Fuente: elaboración propia con datos del CIS.	164
Gráfico 8.6. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención primaria (cabecera/pediatría) en centros de salud (serie L.1.04.01.028). Media y línea de tendencia. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.	165

Gráfico 8.7. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): atención primaria (serie L.1.04.01.025). Fuente: CIS.....	166
Gráfico 8.8. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención especializada (especialistas en centros públicos) (serie L.1.04.01.029). Fuente: elaboración propia con datos del CIS.....	167
Gráfico 8.9. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: atención especializada (especialistas en centros públicos) (serie L.1.04.01.029). Media y desviación típica. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.....	168
Gráfico 8.10. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): las consultas de atención especializada (serie L.1.04.01.026). Fuente: CIS.....	169
Gráfico 8.11. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: urgencias en hospitales públicos (serie L.1.04.01.030). Fuente: elaboración propia con datos del CIS...	170
Gráfico 8.12. Escala de valoración (1-10) de diferentes servicios sanitarios públicos: urgencias en hospitales públicos (serie L.1.04.01.030). Media y desviación típica. Fuente: elaboración propia con datos del CIS.....	170
Gráfico 8.13. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): urgencias (serie L.1.04.01.037). Fuente: CIS	172
Gráfico 8.14. Valoración de la evolución de diversos servicios asistenciales sanitarios (5 años): atención hospitalaria (serie L.1.04.01.027). Fuente: CIS.....	172
Gráfico 8.15. Escala de valoración (1-10) de aspectos referidos a la atención prestada en los hospitales públicos: tiempo de demora para el ingreso no urgente (serie L.1.04.04.047). Fuente: CIS	173
Gráfico 8.16. Escala de valoración (1-10) de aspectos referidos a la atención prestada en los hospitales públicos: tiempo de demora para el ingreso no urgente (serie L.1.04.04.047). Media y desviación típica. Fuente: CIS	174
Gráfico 8.17. Valoración retrospectiva de la evolución de las listas de espera en el sistema sanitario (1 año) (serie L.1.04.06.003). Fuente: CIS	176
Gráfico 8.18. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: el confort de las instalaciones (serie L.1.04.02.044). Fuente: CIS	177
Gráfico 8.19. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: la rapidez con que le atienden (serie L.1.04.02.041). Fuente: CIS.....	178
Gráfico 8.20. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: el trato personal que ud. recibe (serie L.1.04.02.043). Fuente: CIS	179
Gráfico 8.21. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la información que recibe sobre su problema de salud (serie L.1.04.02.042). Fuente: CIS.....	179
Gráfico 8.22. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la capacitación de los médicos y las médicas (serie L.1.04.02.039). Fuente: CIS	180

Gráfico 8.23. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la capacitación de los enfermeros y las enfermeras (serie L.1.04.02.040). Fuente: CIS.....	180
Gráfico 8.24. Aspectos a tener en cuenta a la hora de elegir un servicio sanitario público o uno privado: sanitario público o uno privado: la tecnología y los medios de que dispone (serie L.1.04.02.038). Fuente: CIS	181
Gráfico 8.25. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el tramo de edad de la persona entrevistada. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	183
Gráfico 8.26. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según la Comunidad Autónoma de pertenencia. Media. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS	186
Gráfico 8.27. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el nivel de ingresos del hogar de la persona entrevistada. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS	189
Gráfico 8.28. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según la escala de autoubicación ideológica. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS	190
Gráfico 8.29. Media de la valoración del sistema sanitario público español, según el estado de salud autopercebido. Media y línea de tendencia lineal. Fuente: elaboración propia con los datos del CIS	193
Gráfico 10.1. Especialidades médicas de los médicos encuestados. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid7.	237
Gráfico 10.2. Valoración del funcionamiento del sistema sanitario en España. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	240
Gráfico 10.3. Grado de acuerdo con la realización de todas las pruebas diagnósticas necesarias en cada tipo de sanidad. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	241
Gráfico 10.4. Grado de acuerdo con la oferta de los tratamientos necesarios en cada tipo de sanidad. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	242
Gráfico 10.5. Grado de acuerdo con la excelencia de la atención sanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. ...	242
Gráfico 10.6. Qué sistema sanitario debería ser el principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	244
Gráfico 10.7. Nube de palabras con los términos más usados en la opción "otros" de la P8. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	245
Gráfico 10.8. Nube de palabras con los términos más usados en la pregunta P9. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	248

Gráfico 10.9. Nube de palabras con los términos más usados en la pregunta P10. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	249
Gráfico 10.10. Nube de palabras con los términos más usados en la pregunta P11. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	251
Gráfico 10.11. Efectos en la salud por la aplicación del RD-ley 16/2012. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. ...	254
Gráfico 10.12. Términos más usados en la pregunta abierta P13. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	255
Gráfico 10.13. Existencia de pacientes que rechazan la toma de alguna medicación por falta de recursos económicos. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	258
Gráfico 10.14. Respuestas de la P14. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	259
Gráfico 10.15. Opción "otros" de la pregunta "P14) Cambios en la calidad de la atención al paciente desde la aprobación del RD-L 16/201". Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	261
Gráfico 10.16. Gráfico de barras agrupadas con las variables P16 y P25 (recodificadas). Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	264
Gráfico 10.17. Diagrama biespacial entre las variables P12 y P25. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	268
Gráfico 10.18. Dimensión 1 del análisis de correspondencias. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	271
Gráfico 10.19. Dimensión 2 del análisis de correspondencias. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid	272
Gráfico 10.20. Respuestas de la P18. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	275
Gráfico 10.21. Términos más usados en la pregunta abierta P18. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	276
Gráfico 10.22. Respuestas de la P20. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	279
Gráfico 10.23. Términos más usados en la opción "otros" de la P20. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	280
Gráfico 10.24. Respuestas de la P18. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	281
Gráfico 10.25. Términos más usados en la pregunta abierta P19. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	282
Gráfico 10.26. Respuestas de la P22. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	284

Gráfico 10.27. Términos más usados en la pregunta abierta P22. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. 285

Gráfico 10.28. Gráfico de barras agrupadas con las variables P18 y P25 (recodificadas). Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. 287

Gráfico 10.29. Gráfico de dispersión con las variables P16 y P7b. Aparecen además los centroides agrupando los casos que corresponden a cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. ... 293

Gráfico 10.30. Gráfico de dispersión con las distancias de cada caso al centroide de cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid. 296

Índice de tablas

Tabla 5.1. Casillero tipológico en el que se definieron los perfiles que debían cumplir los centros de salud donde trabajaban las personas entrevistadas. Fuente: elaboración propia...	58
Tabla 5.2. Entrevistas realizadas en cada tipo de centro de salud. Fuente: elaboración propia.	59
Tabla 7.1. Coeficientes de regresión parcial, coeficientes beta, significatividad y diagnósticos de colinealidad de los modelos. Fuente: elaboración propia con los datos del Banco Mundial....	144
Tabla 8.1. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "edad de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	183
Tabla 8.2. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "sexo de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	184
Tabla 8.2. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "estado civil de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.	185
Tabla 8.3. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "origen de nacimiento". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	187
Tabla 8.4. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " e "ingresos del hogar". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	188
Tabla 8.5. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "escala ideológica". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	190
Tabla 8.6. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "estudios de la persona entrevistada". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.....	192
Tabla 8.7. Tabla de contingencia con "escala de satisfacción (1-10) con el funcionamiento del sistema sanitario español " y "estado de salud autopercebido". Fuente: elaboración propia con los datos del CIS.	193
Tabla 8.8. Perfiles más influyentes por cada comunidad. Fuente: elaboración propia con los comentarios de Twitter.....	200
Tabla 10.1. Matriz de correlaciones de Pearson. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	265
Tabla 10.2. Puntos de fila generales. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	269
Tabla 10.3. Puntos de columna generales. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	270

Tabla 10.4. Resumen del modelo. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	272
Tabla 10.5. Matriz de correlaciones de Pearson. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.	288
Tabla 10.6. Descripción de cada clúster. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	291
Tabla 10.7. Tabla ANOVA. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid	294
Tabla 10.8. Número de casos en cada conglomerado. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid	296
Tabla 10.9. historial de iteraciones necesarias para alcanzar el modelo óptimo. Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta efectuada al colectivo médico de la Comunidad de Madrid.....	297

Referencias bibliográficas

- Afifi, A. A. y Clark, V. (1990). *Computer-aided multivariate analysis*. Nueva York, Estados Unidos. Chapman & Hall.
- Ahmad, et al. (2001). Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. *GPE Discussion Paper Series* (Nº 31), pp. 1-14. Recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>.
- Ariizumi, H. y Schirle, T., (2012). Are recessions really Good for your health? Evidence from Canada. *Social Science and Medicine*. Vol. 74, pp. 1224–1231
- Ayuntamiento de Madrid (2011). Informe Marco. Madrid. Recuperado de: <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCObservEconomico/RedObserDesPart/Estudios%20y%20Publicaciones/Ficheros/Madrid.pdf>
- Baran, P. (1964): *On Distributed Communications*. Santa Mónica, Estados Unidos: The Rand Corporation https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2006/RM3420.pdf
- Blondel, V. D., Guillaume, J., Lambiotte, R. y Lefebvre, E. (2008). Fast unfolding of communities in large networks. *Journal of Statistical Mechanics: Theory and Experiment*, 2008 (P10008). <http://arxiv.org/pdf/0803.0476.pdf>
- Bosch, J. L. y Torrente, D. (1993): *Encuestas telefónicas y por correo*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Colección Cuaderno Metodológico nº9. Madrid.
- Box, G. E. P., Hunter, W. G., & Hunter, J. S. (1978). *Statistics for experimenters: an introduction to design, data analysis, and model building*. Nueva York, Estados Unidos. Wiley.
- Bradburn, N. M. (1983): "Response effects", en Rossi, P. H.; Wrigth, J.D. y Anderson, A. B., *Handbook of survey research*. Academic Press Inc. Orlando: 289-328
- Buchmueller, T., Grignon, M., Jusot, F. (2007). Unemployment and mortality in France, 1982-2002. *Center for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 07-04*. Mc Master University.

- Carmines, E. G. y Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage
- Cea D'Ancona, M^a A. (2004): *Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social*. Madrid. Síntesis
- Cea D'Ancona, M^a A. (2004b): *Métodos de encuesta. Teoría y práctica, errores y mejora*. Madrid. Síntesis
- Cea D'Ancona, M^a A. (2012): *Fundamentos y Aplicaciones en Metodología Cuantitativa*. Madrid: Síntesis.
- Conover, M.D., Ratkiewicz, J, Francisco, M., Gonçalves, B., Flammini, A. y Menczer, F. (2011) Political Polarization on Twitter, *Proceedings of the Fifth International of Association for the Advancement of Artificial Intelligence, Conference on Weblogs and Social Media*. <https://www.aaai.org/ocs/index.php/ICWSM/ICWSM11/paper/viewFile/2847/3275>
- Converse, J. M. y Presser, S. (1994): “Survey questions: handcrafting the standardized questionnaire”, en Lewis-Beck, M.S., *Research Practice*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage
- Couper, M. P. (2017). New Developments in Survey Data Collection. *Annual Review of Sociology*, Vol. 43 (Nº1) pp. 121–145.
- Deaton, A. (2004). “Health in an age of globalization”, en Graham, C. y Collins S.M. (eds.) *Brookings Trade Forum 2004: Globalization, Poverty, and Inequality*. Brookings Institution Press, pp. 83–130
- Díaz Olalla, M. (2013). Efectos predecibles y ya constatables de los recortes del gasto social en el incremento de la mortalidad de la población española. *Salud 2000*. Vol. 26 (Nº 142), pp. 5-6
- Dickens, W. (1990). Error Components in Grouped Data: Is It Ever Worth Weighting? *The Review of Economics and Statistics*, Vol. 72 (Nº 2). Pp. 328-333.
- Eurostat Task Force. (2013). Revision of the European Standard Population: Report of Eurostat’s task force. Luxembourg, European Union. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f>
- Eurostat (2014). Morbidity statistics in the EU Report on pilot studies. Recuperado de:

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5858521/KS-TC-14-003-EN-N.pdf/bd959e6e-10ed-4078-915e-308941c02811>

- Frey, J. H. (1989): *Survey research by telephone*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage
- Gerdtham, U., Ruhm, C. J., (2006). Deaths rise in Good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*. Vol. 43 (Nº3), pp. 298–316.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*. Vol. 23, 103-108.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Neva York, EE.UU. Aldine Publishing Company.
- Goodman, L.A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. Vol. 32 (Nº 1), pp. 148–170
- Gonzalez, F. y Quast, T. (2011). Macroeconomic changes and mortality in Mexico. *Empirical Economics*. Vol. 40 (Nº2), pp. 305–319
- Hair, J. F. et al. (1999/2005): *Análisis multivariante*. Madrid, España. Prentice Hall.
- Hodrick, R. J., Prescott, E. C. (1997). Postwar U.S. Business Cycles: An Empirical Investigation. *Journal of Money, Credit, and Banking*. Vol. 29 (Nº 1), pp. 1-16
- Ichaso Hernández-Rubio, Mª S., García Armesto, S. (2012). Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 26 (Nº 1), pp. 27-35
- Jacomy, M., Venturini, T., Heymann y S. y Bastian, M. (2014). ForceAtlas2, a Continuous Graph Layout Algorithm for Handy Network Visualization Designed for the Gephi Software. *PLoS ONE* 9(6): e98679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098679>
- Kahn, R. L., & Cannell, C. F. (1957) *The dynamics of interviewing: Theory, technique and cases*. Nueva York: Wiley.

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 381, 1323-1331.
- Karsten, I. P., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Metaanalyses. *Journal of Vocational Behavior*. 74, 264–282
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 378, 1457-1458
- Legido-Quigley, H., Urdaneta, E., González, A., La Parra, D., Muntaner, C., Álvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet*. Vol. 382.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013b). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *British Medical Journal*. Vol. 346.
- Lévy Mangin, J.P. y Varela Mallou, J. (eds.) (2003/2008) *Análisis multivariantes para las ciencias sociales*. Madrid, España. Pearson-Prentice Hall
- Lin, S. J. (2009). Economic fluctuations and health outcomes: a panel analysis of Asia-Pacific countries. *Applied Economics*. Vol. 41 (Nº4), pp. 519–530
- Manzano, V. y Andreu, J. (2000): Formatos para ítems en las encuestas electrónicas. Antecedentes y propuestas. *Metodología de Encuestas*, 2(1): 61-101.
- Martikainen, P. T., Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet*. 348, 909-912
- McCall, R. B. (1990). *Fundamental statistics for behavioral sciences* (5th ed.). San Diego, Estados Unidos. Harcourt Brace Jovanovich.
- Metha, R. y Sivadas, E. (1995) Comparing response rates and response content in mail versus electronic mail surveys. *Journal of the Market Research Society*, Vol. 37 (Nº 4), pp. 429-439
- Meyer, P. L. (1992). *Probabilidad y Aplicaciones Estadísticas*. Wilmington, Estados Unidos: Addison-Wesley Iberoamericana.

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Crisis económica y salud en España. Madrid. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf
- Molenaar, N. J. (1982): "Response-effects of 'format' characteristics of question", en Dijkstra, W. y Van der Zouwen, J., *Response behaviour in the survey-interview*. Academic Press. Nueva York: 49-90.
- Montero Granados, R. (2016): Modelos de regresión lineal múltiple. *Documentos de Trabajo en Economía Aplicada*. Universidad de Granada. España
- Navarro, P. y Ariño Villarroja, A. (2015). La investigación social ante su segunda revolución digital. En García Ferrando, M., Alvira, F., Alonso, L. E. y Escobar, M., ed., *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza. pp.110-141.
- Neumayer, E., (2004) Recessions lower (some) mortality rates. *Social Science & Medicine*. Vol. 58 (Nº6), pp. 1037–1047
- Oppenheim, A. (1966): *Questionnaire design and attitude measurement*. Heinemann. Londres
- Peeples L. (2019). How the next recession could save lives. *Nature*. Vol. 565 (nº 7740), pp. 412-415. Doi: [10.1038/d41586-019-00210-0](https://doi.org/10.1038/d41586-019-00210-0)
- Pérez, C. (2004): *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Madrid, España. Prentice Hall.
- Puig-Junoy J., Rodríguez-Feijoó S., González Lopez-Valcarcel B. G. (2014). Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: Changes in the number of dispensed prescriptions. *Applied health economics and health policy*. Vol. 2 (Nº 3), pp.279-87
- Puig-Junoy J., Rodríguez-Feijoó S., González Lopez-Valcarcel B. G., Gómez-Navarro V. (2016). Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para enfermedades respiratorias. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 90 (nº29)
- Reeves A., McKee M., Gunnell D., et al. (2015). Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *European Journal of Public Health*. Vol. 25

- Roberts, C. W. (2000). A conceptual framework for quantitative text analysis, *Quality & Quantity*. Vol 34 (Nº 3), pp. 259-274
- Rodgers, G.B. (1979). Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies* . Vol. 33 (Nº 2), pp. 343–351. doi:10.2307/2173539.
- Rodríguez Morilla, C. (2000). *Análisis de series temporales*. Madrid, España. La Muralla
- Ruhm, C. (2000). Are Recessions Good for Your Health?. *The Quarterly Journal of Economics*. Vol. 115, pp. 617-650
- Ruhm, C. J. (2015). Recessions, healthy no more? *Journal of Health Economics*, Vol. 42, pp. 17–28.
- Runyon, R. P., Haber, A. (1992). *Estadística para las Ciencias Sociales*. Wilmington, Estados Unidos: Addison-Wesley Iberoamericana
- Sánchez Carrión, J. J., Segovia Guisado, J. M. y Sánchez Meseguer, P. (2012) “Las encuestas en internet”. En Arroyo, M. y Sádaba, I. (eds.), *Metodología de la investigación social. Técnicas innovadoras y sus aplicaciones*. Madrid. Síntesis: 79-108.
- Sakshaug, J. W., Vicari, B., & Couper, M. P. (2018). Paper, E-mail, or Both? Effects of Contact Mode on Participation in a Web Survey of Establishments. *Social Science Computer Review*. . <https://doi.org/10.1177/0894439318805160>
- Schaefer, D. R. y Dillman, D. A. (1998): Development of a standart e-mail methodology. Results of an experiment. *Public Opinion Quarterly*, Vol. 62 (Nº 3), pp. 378–397.
- Schuman, H. y Presser, S. (1981). *Questions and answers in attitude surveys. Experiments on question form, wording and context*. Nueva York, Estados Unidos: Academic Press
- Schuman, H. y Presser, S. (1996). *Questions and answers in attitude surveys. Experiments on question form, wording and context*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage
- Sheatsley, P. B. (1983). “Questionnaire construction”, en Rossi, P. H.; Wright, J. D. y Anderson, A. B., *Handbook of survey research*. (pp. 195-230). Orlando, Estados Unidos: Academic Press Inc.

- Sieber, S. D. (1973): Integrating fieldwork and survey methods. *American Journal of Sociology*. Vol. 78 (Nº6). pp. 1335-1359
- Solon, G. & Haider, S. J. & Wooldridge, J. M. (2015). What Are We Weighting For? *Journal of Human Resources* Vol. 50 (Nº 2). Pp. 301-316. University of Wisconsin Press.
- Strumpf E. C., Charters T. J., Harper S., Nandi A. (2017). Did the Great Recession affect mortality rates in the metropolitan United States? Effects on mortality by age, gender and cause of death, *Social Science & Medicine*. Vol. (189), pp. 11-16
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). How austerity kills. *New York Times*, 13 de mayo de 2013.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*. 340.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M., McKee, M (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe, *European Journal of Public Health*, Vol. 27, pp. 18–21
- Sudman, S. y Bradburn, N. M. (1987): *Asking questions: a practical guide to questionnaire design*. Jossey-Bass. San Francisco
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., Tsovala, S., Basu, S., Abubakar, I., Hunter, P., Rechel, B., & Semenza, J. C. (2011). The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLoS ONE*. Vol. 6 (Nº6).
- Tapia Granados, J. (2013). *Economic Crisis and population health in Europe: Misleading myths and surprising realities*. Institute for Social Research, University of Michigan.
- Tapia Granados, J. (2014). La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 10.
- Tena Reiff, S. (2014). *Influencia de la economía y las políticas de austeridad en la salud; una aproximación en el caso de España* (Trabajo Fin de Máster). Universidad Complutense de Madrid.
- Tena Reiff, S. (2016). *Evolución de la opinión de los ciudadanos españoles sobre la salud y el Sistema Nacional de Salud. Un análisis del Barómetro Sanitario del CIS*. Comunicación presentada en el XII Congreso Español de Sociología. Gijón, España

- Tena Reiff, S. (2016). *Influencia de la crisis económica del 2008 en la salud en España*. Comunicación presentada en el XII Congreso Español de Sociología. Gijón
- Tena Reiff, S. (2019). *El debate sobre la sanidad pública y privada en España; un análisis de redes*. Comunicación presentada en el XIII Congreso Español de Sociología. Valencia, España
- Toffolutti, V. y Suhrcke, M. (2014). Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: A cross-country panel analysis. *Preventive medicine*. Vol. 64, pp. 54-62
- Tsvetovat, M., y Kouznetsov, A. (2011). *Social Network Analysis for Startups*. Sebastopol, Estados Unidos: O'Reilly Media
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Valles, M. S. (2014): Entrevistas cualitativas. Cuadernos Metodológicos. Nº 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vidich, A. J. y Shapiro, G. (1955): A comparison of participant observation and survey data. *American Sociological Review*, Vol. 20. Pp. 28-33.
- Wänke, M. y Schwarz, N. (1997): "Reducing question order effects: the operation of buffer items", en Lyberg, L.; Biemer, P.; Collins, M.; De Leeuw, E.; Dippo, C.; Schwarz, N. y Trewnin, D., *Survey measurement and process quality*. John Wiley and Sons Inc. Nueva York.
- Walpole, R. E., Myers, R. H., Myers, S. L., & Ye, K. (2012). *Probability & statistics for engineers & scientists* (9th edition.). Boston: Prentice Hall.
- Witmer, D.F., Colman, R.W. & Katzman, S.L. (1999). "From paper-and-pencil to screen-and-keyboard." En S. Jones (editor), *Doing Internet Research: Critical Issues and Methods for Examining the Net*. Thousands Oaks, Estados Unidos: Sage

Fuentes estadísticas usadas:

- Banco Mundial (2000 a 2018). *Indicadores* [bases de datos]. Recuperado de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/?tab=all>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1995 a 2017). Series temporales [bases de datos]. Recuperado de: <http://www.analisis.cis.es/cisdb.jsp>
- Dirección General de Tráfico (1990 a 2017). *Estadísticas e indicadores* [bases de datos]. Recuperado de: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/>
- Eurostat (2004 a 2018). *Health database* [bases de datos]. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Instituto Nacional de Estadística. (2002 a 2018). *Encuesta de morbilidad hospitalaria* [base de datos]. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=resultados&idp=1254735573175
- Instituto Nacional de Estadística. (2007 a 2018). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares* [base de datos]. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=resultados&idp=1254735976608
- Instituto Nacional de Estadística. (2008 a 2018). *Encuesta de condiciones de vida* [base de datos]. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&secc=1254736194793&idp=1254735976608
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Estadística de profesionales sanitarios colegiados* [base de datos]. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2017/I0/&file=s01002.px>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Contabilidad regional de España* [base de datos]. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores demográficos básicos* [base de datos]. Recuperado de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1

[254736177003&menu=resultados&secc=1254736195380&idp=1254735573002](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilacione/gastoSanitario2005/home.htm)

- Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente (2004-2018). *Base de Datos de Consumo en Hogares* [base de datos]. Recuperado de: <https://www.mapa.gob.es/app/consumo-en-hogares/consulta.asp>
- Ministerio de Fomento (2000 a 2017). *Evolución del tráfico desde el año 2000* [base de datos]. Recuperado de: <https://www.fomento.gob.es/carreteras/trafico-velocidades-y-accidentes-mapa-estimacion-y-evolucion/evolucion-del-trafico-desde-el-an%CC%83o-2000/evolucion-del-trafico-desde-el-an%CC%83o-2000-rce-y-todas-las-redes>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (1997-2017). *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)* [base de datos]. Recuperado de: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=6397>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (1997-2017). *Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)* [base de datos]. Recuperado de: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=20675>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)* [base de datos]. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilacione/gastoSanitario2005/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (2018). *Barómetro Sanitario* [base de datos]. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (1997-2017). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*. Recuperado de: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

- Organización Mundial de la Salud (1995-2018). *European Health Information Gateway* [base de datos]. Recuperado de: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Anexos

Anexo I. Cuestionario utilizado en la encuesta online al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

Departamento de Sociología IV

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Complutense de Madrid

En el Departamento de Sociología IV (Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación), de la Universidad Complutense de Madrid, estamos efectuando una investigación sobre el impacto que la crisis económica, los sistemas sanitarios y la aprobación de algunas reformas legislativas tienen en la salud en España. Como parte de esta investigación, distribuimos este cuestionario entre los profesionales doctores colegiados en la Comunidad de Madrid con el fin de obtener su opinión experta sobre estas cuestiones.

Para la buena consecución de los objetivos de la investigación, precisamos su participación. El cuestionario es totalmente anónimo, lo que garantiza que pueda responderse con plena libertad. Con ella podremos obtener una visión informada, que sólo desde la práctica profesional diaria puede alcanzarse con plenitud. La mejora de la sanidad requiere el conocimiento de la realidad a través de su opinión experta. De la presente investigación se espera tenga un efecto positivo en la sanidad en España y en la salud de los ciudadanos.

Muchas gracias de antemano por su colaboración.

1) ¿Cuál es su especialidad?

2) ¿En qué tipo de centro desarrolla su ocupación actualmente? (si trabaja en varios puede marcar varias opciones)

- ☐ Sanidad pública
- ☐ Sanidad pública gestionada principalmente por una empresa privada
- ☐ Sanidad privada

3) Seleccione la provincia donde trabaja actualmente:

4) ¿Ha trabajado anteriormente en otros centros sanitarios? (puede marcar varias opciones).

- ☐ No he trabajado en otros centros
- ☐ Sí, en centros públicos
- ☐ Sí, en centros privados
- ☐ Sí, en centros públicos gestionados principalmente por una empresa privada

5) Aproximadamente, ¿cuándo comenzó a ejercer esta profesión en España?

6) De las siguientes afirmaciones, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario de nuestro país?

- ☐ En general, el sistema sanitario funciona bastante bien
- ☐ El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios
- ☐ El sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan
- ☐ El sistema sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente

7) Indique, para cada tipo de sanidad (totalmente pública, totalmente privada o pública con gestión privada), el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Tenga en cuenta que '0' significa que está en total desacuerdo y '10' totalmente de acuerdo:

Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en ...

7a) la sanidad pública	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7b) la sanidad privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7c) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo

Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en ...

7d) la sanidad pública	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7e) la sanidad privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7f) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo

La atención sanitaria es excelente en ...

7g) la sanidad pública	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7h) la sanidad privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo
7i) la sanidad pública con gestión privada	En desacuerdo <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> De acuerdo

8) ¿Cuál cree usted que debería ser el sistema sanitario principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos?

- ☐ Sanidad pública gestionada por el estado
- ☐ Sanidad pública gestionada por empresas privadas
- ☐ Sanidad privada
- ☐ Seguros privados subvencionados por el estado
- ☐ Otro (describa cuál)

9) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública?

10) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad privada?

11) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública con gestión privada?

12) Con el Real Decreto-Ley 16/2012 se modificó la condición de asegurado (se restringió el acceso universal y gratuito a la atención primaria y especializada), la financiación farmacéutica (se introdujo el copago por renta y la receta por principio activo) y se definió una cartera básica de servicios. ¿Ha notado usted algún efecto en la salud con la aplicación de esta ley?

- ☐ No tengo una opinión al respecto.
- ☐ No he detectado ningún efecto.
- ☐ Sí, generalmente ha tenido efectos negativos.
- ☐ Sí, generalmente ha tenido efectos positivos.
- ☐ Sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos.

13) Si cree que sí ha tenido efectos en la salud (ya sean negativos o positivos), por favor detállelos brevemente.

14) En cuanto a la calidad de la atención al paciente, señale si ha notado alguno de estos cambios desde la aprobación del RD-L 16/2012 (marque todas las respuestas que considere correctas):

- ☐ No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.
- ☐ Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.
- ☐ Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.
- ☐ Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas.
- ☐ Se ha reducido el número de algunos tratamientos.
- ☐ Otros (señale cuáles)

15) ¿Cree que los pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no disponen de medios económicos suficientes para sufragarla, son más frecuentes, menos frecuentes o igual de frecuentes desde...?

- ☐ No he conocido casos en situación de no poder pagarse la medicación que se le receta
- ☐ Más frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)
- ☐ Más frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)
- ☐ Igual de frecuentes que siempre
- ☐ Menos frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)
- ☐ Menos frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)

16) En términos generales, ¿está de acuerdo con el RD-L 16/2012? Valore de 0 a 10, significando '0' que está totalmente en desacuerdo y '10' que está totalmente de acuerdo.

- ☐ 0 (Totalmente en desacuerdo)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 (Totalmente de acuerdo)
- ☐ No tengo una opinión clara al respecto
- ☐ No conozco en detalle esos cambios

17) Por favor, detalle brevemente los motivos que le llevan a tener esa opinión.

18) A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas relacionadas con la crisis económica iniciada en el 2008. ¿Ha notado algún efecto negativo derivado de la crisis en alguna enfermedad o problema de salud?

- ☐ No he notado ningún efecto negativo en la salud
- ☐ Sí, he notado algún efecto negativo (describa brevemente cuáles)

19) ¿Ha notado algún efecto positivo derivado de la crisis en alguna enfermedad o problema de salud?

- ☐ No he notado ningún efecto positivo en la salud
- ☐ Sí, he notado algún efecto positivo (describa brevemente cuáles)

20) Con la crisis económica iniciada en el 2008, señale si ha notado alguno de los siguientes cambios en la actitud de los pacientes (marque todas las respuestas que considere necesarias).

- ☐ No he notado ningún cambio en la actitud de los pacientes desde la crisis económica
- ☐ Evitan acudir al médico
- ☐ Acuden más al médico
- ☐ En general, las personas se cuidan menos (se alimentan peor, hacen menos ejercicio físico, etc.).
- ☐ En general, las personas se cuidan más (comen mejor, hacen más ejercicio físico, etc.)
- ☐ Tienden a pedir más bajas laborales.
- ☐ Tienden a pedir menos bajas laborales.
- ☐ Otros (describa brevemente cuáles)

21) Señale por favor los grupos de población cuya salud se ha visto, en su opinión, más afectada negativamente por la crisis económica (marque todas las respuestas que considere necesarias).

- ☐ No se nota ningún cambio en la salud con la crisis
- ☐ La crisis afecta a la salud de todos de una manera parecida
- ☐ Niños
- ☐ Ancianos
- ☐ Personas con bajos recursos
- ☐ Personas que tienen condiciones laborales precarias
- ☐ Desempleados
- ☐ Otros sectores (señale cuáles)

22) En cuanto a la calidad de la atención al paciente, señale si ha notado alguno de estos cambios desde el inicio de la crisis económica en el 2008 (marque todas las respuestas que considere correctas):

- ☐ No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.
- ☐ Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.
- ☐ Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.
- ☐ Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas desde la crisis del 2008.
- ☐ Se ha reducido el número de algunos tratamientos desde la crisis del 2008.
- ☐ Otros (señale cuáles)

23) Indique el tamaño del municipio donde desarrolla su profesión:

- ☐ Menos de 2.000 habitantes
- ☐ De 2.001 a 10.000 habitantes
- ☐ De 10.001 a 20.000 habitantes
- ☐ De 20.001 a 50.000 habitantes
- ☐ De 50.001 a 100.000 habitantes
- ☐ De 100.001 a 200.000 habitantes
- ☐ De 200.001 a 500.000 habitantes
- ☐ Más de 500.000 habitantes

24) Sexo:

25) Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones 'izquierda' y 'derecha'. ¿En que posición política se ubica usted?

Izquierda ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Derecha
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26) ¿A qué partido o coalición votó en las elecciones generales de 2016?

27) ¿Cómo calificaría usted su situación económica personal?

- ☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Ni buena ni mala
☐ Mala
☐ Muy mala

28) Indique por favor cuál de las siguientes opciones caracteriza su situación laboral actual:

- ☐ Contrato indefinido
☐ Contrato temporal
☐ MIR, becario, en prácticas
☐ Desempleado buscando el primer empleo
☐ Desempleado habiendo trabajado antes
☐ Pensionista o jubilado
☐ Otros

29) Actualmente, entre todos los miembros del hogar (incluido usted mismo) y por todos los conceptos, ¿de cuántos ingresos disponen por término medio en su hogar al mes, después de la deducción de impuestos (o sea, ingresos netos)?

30) A continuación puede añadir cualquier consideración que usted estime importante para esta encuesta.

Enviar cuestionario

Departamento Sociología IV
Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación



Anexo II. Respuestas de la encuesta online al colectivo médico de la Comunidad de Madrid

Departamento de Sociología IV

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Complutense de Madrid

En el Departamento de Sociología IV (Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación), de la Universidad Complutense de Madrid, estamos efectuando una investigación sobre el impacto que la crisis económica, los sistemas sanitarios y la aprobación de algunas reformas legislativas tienen en la salud en España. Como parte de esta investigación, distribuimos este cuestionario entre los profesionales doctores colegiados en la Comunidad de Madrid con el fin de obtener su opinión experta sobre estas cuestiones.

Para la buena consecución de los objetivos de la investigación, precisamos su participación. El cuestionario es totalmente anónimo, lo que garantiza que pueda responderse con plena libertad. Con ella podremos obtener una visión informada, que sólo desde la práctica profesional diaria puede alcanzarse con plenitud. La mejora de la sanidad requiere el conocimiento de la realidad a través de su opinión experta. De la presente investigación se espera tenga un efecto positivo en la sanidad en España y en la salud de los ciudadanos.

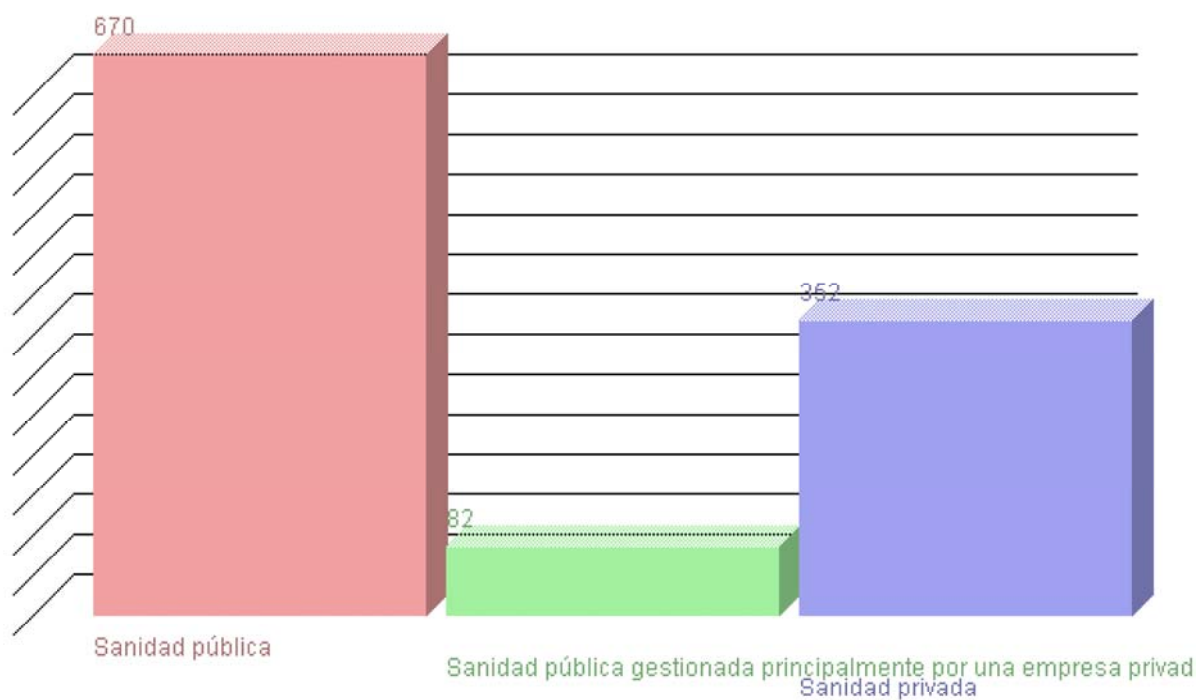
Muchas gracias de antemano por su colaboración.

1) ¿Cuál es su especialidad?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	13	1.3%	
Alergología	12	1.2%	1.2%
Análisis clínicos	5	0.5%	0.5%
Anatomía patológica	11	1.1%	1.1%
Anestesiología y reanimación	43	4.3%	4.3%
Angiología y cirugía vascular	5	0.5%	0.5%
Bioquímica clínica	1	0.1%	0.1%
Cardiología	14	1.4%	1.4%
Cirugía cardiovascular	2	0.2%	0.2%
Cirugía general y del aparato digestivo	24	2.4%	2.4%
Cirugía oral y maxilofacial	2	0.2%	0.2%
Cirugía ortopédica y traumatología	31	3.1%	3.1%
Cirugía pediátrica	2	0.2%	0.2%
Cirugía plástica	8	0.8%	0.8%
Cirugía torácica	3	0.3%	0.3%
Dermatología	14	1.4%	1.4%
Endocrinología y nutrición	12	1.2%	1.2%
Epidemiología	3	0.3%	0.3%
Estomatología y Odontología	13	1.3%	1.3%
Farmacología clínica	4	0.4%	0.4%
Gastroenterología o Aparato digestivo	19	1.9%	1.9%
Genética	0	0%	0%
Geriátrica	9	0.9%	0.9%
Hebiatría	0	0%	0%
Hematología	9	0.9%	0.9%
Hidrología médica	2	0.2%	0.2%
Infectología	2	0.2%	0.2%
Ingeniería biomédica	0	0%	0%
Inmunología	4	0.4%	0.4%
Medicina de emergencia	23	2.3%	2.3%
Medicina del sueño	0	0%	0%
Medicina del trabajo	40	4%	4%
Medicina deportiva	9	0.9%	0.9%
Medicina familiar y comunitaria	236	23.4%	23.7%

	Medicina física y rehabilitación	13	1.3%	1.3%
	Medicina forense	8	0.8%	0.8%
	Medicina intensiva	20	2%	2%
	Medicina interna	40	4%	4%
	Medicina nuclear	3	0.3%	0.3%
	Medicina preventiva	17	1.7%	1.7%
	Microbiología y parasitología	9	0.9%	0.9%
	Nefrología	15	1.5%	1.5%
	Neonatología	2	0.2%	0.2%
	Neumología	11	1.1%	1.1%
	Neurocirugía	5	0.5%	0.5%
	Neurofisiología clínica	1	0.1%	0.1%
	Neurología	19	1.9%	1.9%
	Obstetricia y ginecología	33	3.3%	3.3%
	Oftalmología	20	2%	2%
	Oncología médica	8	0.8%	0.8%
	Oncología radioterápica	2	0.2%	0.2%
	Otorrinolaringología	15	1.5%	1.5%
	Pediatría	66	6.5%	6.6%
	Proctología	1	0.1%	0.1%
	Psiquiatría	40	4%	4%
	Radiología o Radiodiagnóstico	28	2.8%	2.8%
	Reumatología	11	1.1%	1.1%
	Salud pública	2	0.2%	0.2%
	Toxicología	0	0%	0%
	Urología	8	0.8%	0.8%
	Otra	36	3.6%	3.6%

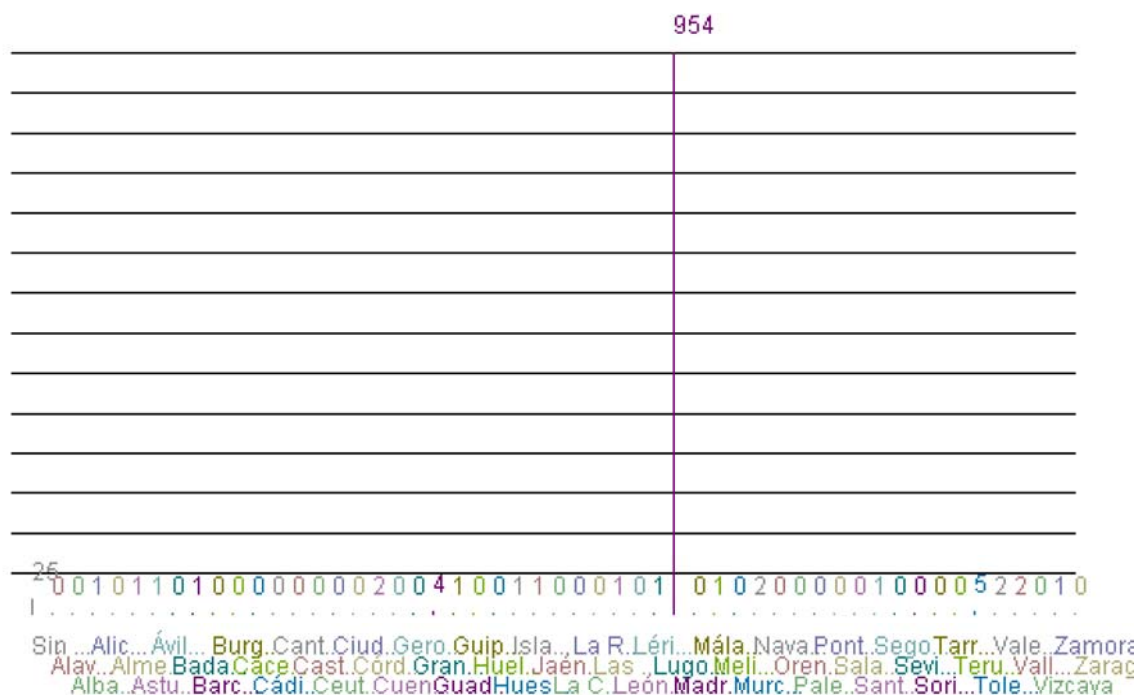
2) ¿En qué tipo de centro desarrolla su ocupación actualmente? (si trabaja en varios puede marcar varias opciones)



3) Seleccione la provincia donde trabaja actualmente:

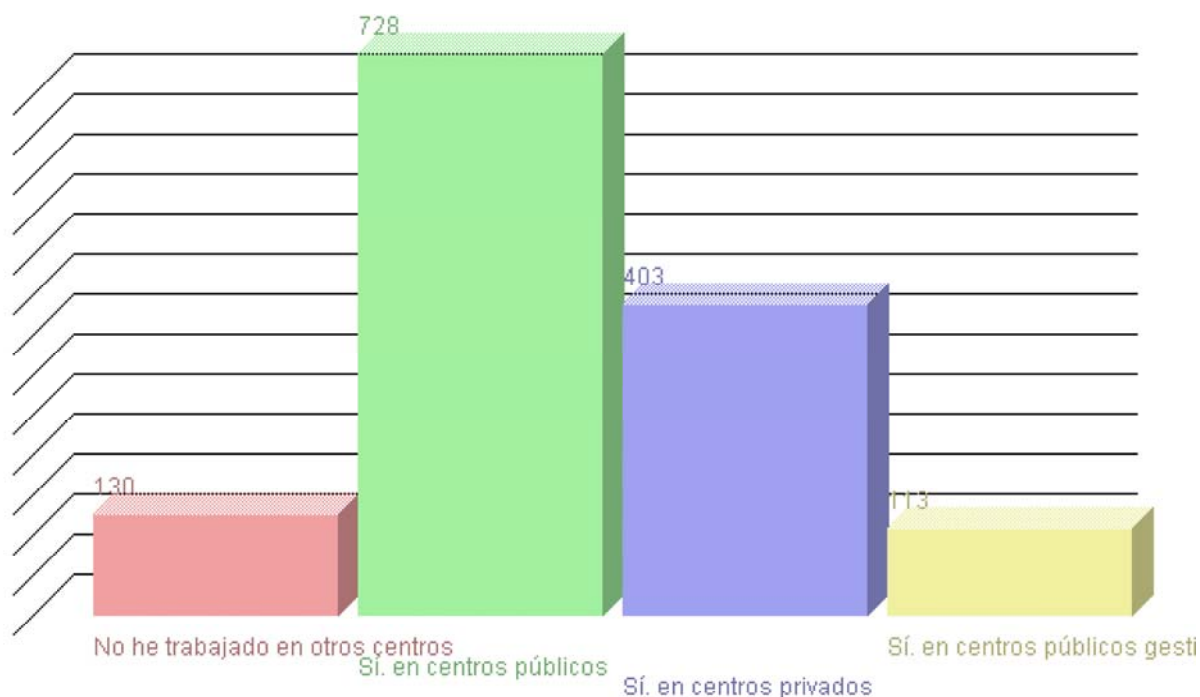
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	25	2.5%	
Álava	0	0%	0%
Albacete	0	0%	0%
Alicante	1	0.1%	0.1%
Almería	0	0%	0%
Asturias	1	0.1%	0.1%
Ávila	1	0.1%	0.1%
Badajoz	0	0%	0%
Barcelona	1	0.1%	0.1%
Burgos	0	0%	0%
Cáceres	0	0%	0%
Cádiz	0	0%	0%
Cantabria	0	0%	0%
Castellón	0	0%	0%
Ceuta	0	0%	0%
Ciudad Real	0	0%	0%
Córdoba	0	0%	0%
Cuenca	2	0.2%	0.2%
Gerona	0	0%	0%
Granada	0	0%	0%
Guadalajara	4	0.4%	0.4%
Guipúzcoa	1	0.1%	0.1%
Huelva	0	0%	0%
Huesca	0	0%	0%
Islas Baleares	1	0.1%	0.1%
Jaén	1	0.1%	0.1%
La Coruña	0	0%	0%
La Rioja	0	0%	0%
Las Palmas	0	0%	0%
León	1	0.1%	0.1%
Lérida	0	0%	0%

Lugo	1	0.1%	0.1%
Madrid	954	94.6%	97%
Málaga	0	0%	0%
Melilla	1	0.1%	0.1%
Murcia	0	0%	0%
Navarra	2	0.2%	0.2%
Orense	0	0%	0%
Palencia	0	0%	0%
Pontevedra	0	0%	0%
Salamanca	0	0%	0%
Santa Cruz de Tenerife	0	0%	0%
Segovia	1	0.1%	0.1%
Sevilla	0	0%	0%
Soria	0	0%	0%
Tarragona	0	0%	0%
Teruel	0	0%	0%
Toledo	5	0.5%	0.5%
Valencia	2	0.2%	0.2%
Valladolid	2	0.2%	0.2%
Vizcaya	0	0%	0%
Zamora	1	0.1%	0.1%
Zaragoza	0	0%	0%



4) ¿Ha trabajado anteriormente en otros centros sanitarios? (puede marcar varias opciones).

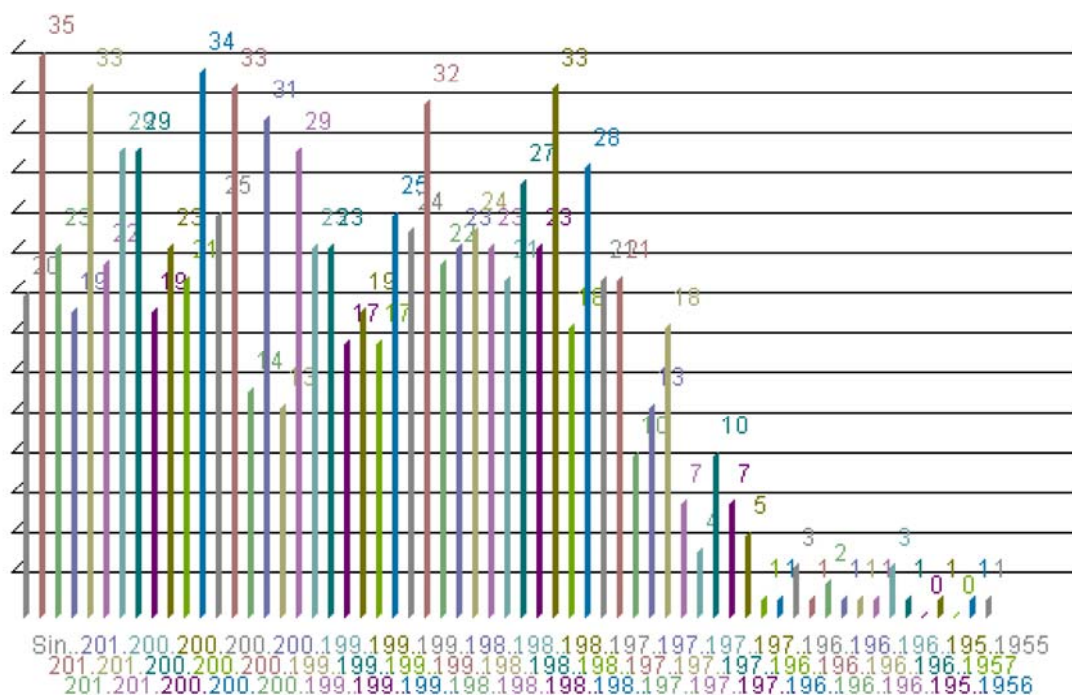
	frec.	total	resp.
No he trabajado en otros centros	130	12.9%	9.5%
Sí, en centros públicos	728	72.2%	53%
Sí, en centros privados	403	40%	29.3%
Sí, en centros públicos gestionados principalmente por una empresa privada	113	11.2%	8.2%



5) Aproximadamente, ¿cuándo comenzó a ejercer esta profesión en España?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	20	2%	
2014	35	3.5%	3.5%
2013	23	2.3%	2.3%
2012	19	1.9%	1.9%
2011	33	3.3%	3.3%
2010	22	2.2%	2.2%
2009	29	2.9%	2.9%
2008	29	2.9%	2.9%
2007	19	1.9%	1.9%
2006	23	2.3%	2.3%
2005	21	2.1%	2.1%
2004	34	3.4%	3.4%
2003	25	2.5%	2.5%
2002	33	3.3%	3.3%
2001	14	1.4%	1.4%
2000	31	3.1%	3.1%
1999	13	1.3%	1.3%
1998	29	2.9%	2.9%
1997	23	2.3%	2.3%
1996	23	2.3%	2.3%
1995	17	1.7%	1.7%
1994	19	1.9%	1.9%
1993	17	1.7%	1.7%
1992	25	2.5%	2.5%
1991	24	2.4%	2.4%
1990	32	3.2%	3.2%
1989	22	2.2%	2.2%
1988	23	2.3%	2.3%
1987	24	2.4%	2.4%
1986	23	2.3%	2.3%
1985	21	2.1%	2.1%
1984	27	2.7%	2.7%

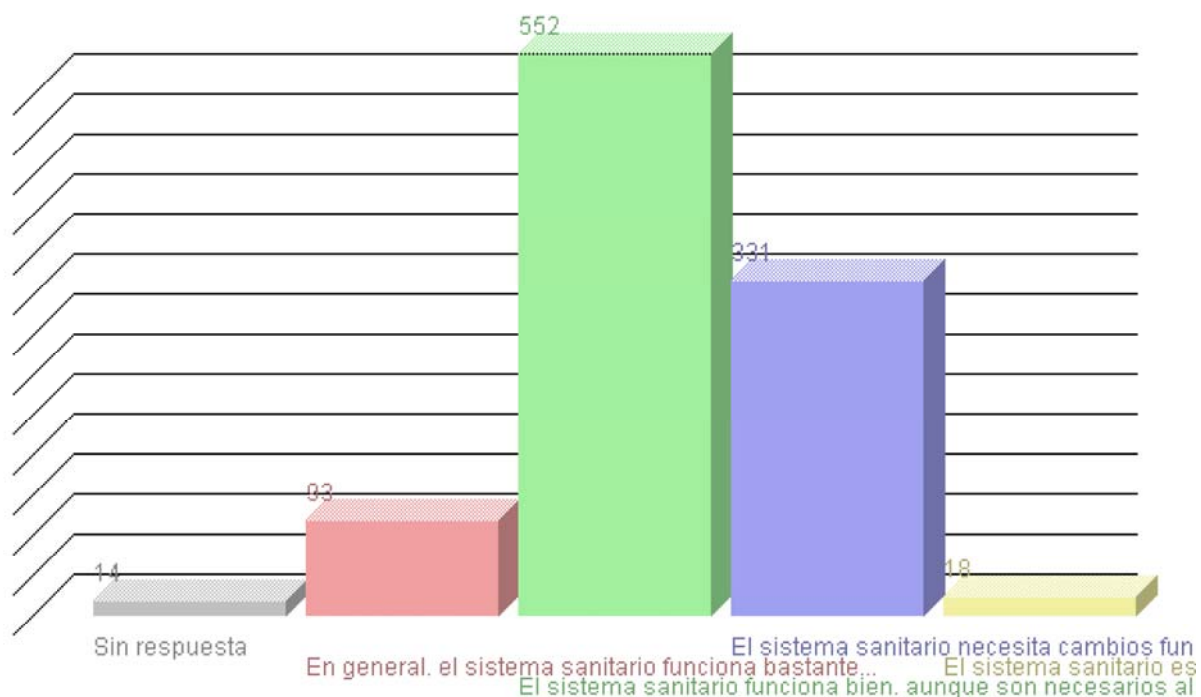
1983	23	2.3%	2.3%
1982	33	3.3%	3.3%
1981	18	1.8%	1.8%
1980	28	2.8%	2.8%
1979	21	2.1%	2.1%
1978	21	2.1%	2.1%
1977	10	1%	1%
1976	13	1.3%	1.3%
1975	18	1.8%	1.8%
1974	7	0.7%	0.7%
1973	4	0.4%	0.4%
1972	10	1%	1%
1971	7	0.7%	0.7%
1970	5	0.5%	0.5%
1969	1	0.1%	0.1%
1968	1	0.1%	0.1%
1967	3	0.3%	0.3%
1966	1	0.1%	0.1%
1965	2	0.2%	0.2%
1964	1	0.1%	0.1%
1963	1	0.1%	0.1%
1962	1	0.1%	0.1%
1961	3	0.3%	0.3%
1960	1	0.1%	0.1%
1959	0	0%	0%
1958	1	0.1%	0.1%
1957	0	0%	0%
1956	1	0.1%	0.1%
1955	1	0.1%	0.1%



6) De las siguientes afirmaciones, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario de nuestro país?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	14	1.4%	

En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	93	9.2%	9.4%
El sistema sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios	552	54.8%	55.5%
El sistema sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan	331	32.8%	33.3%
El sistema sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente	18	1.8%	1.8%

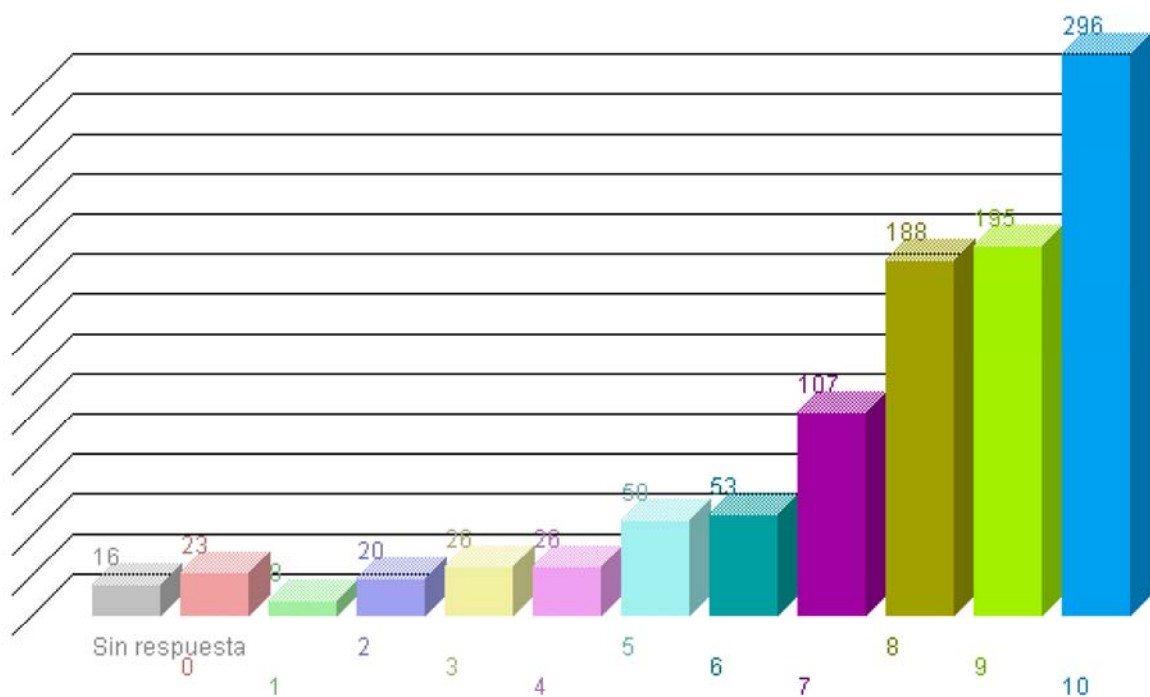


7) Indique, para cada tipo de sanidad (totalmente pública, totalmente privada o pública con gestión privada), el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. Tenga en cuenta que '0' significa que está en total desacuerdo y '10' totalmente de acuerdo:

Se ofrecen todas las pruebas diagnósticas necesarias para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en ...

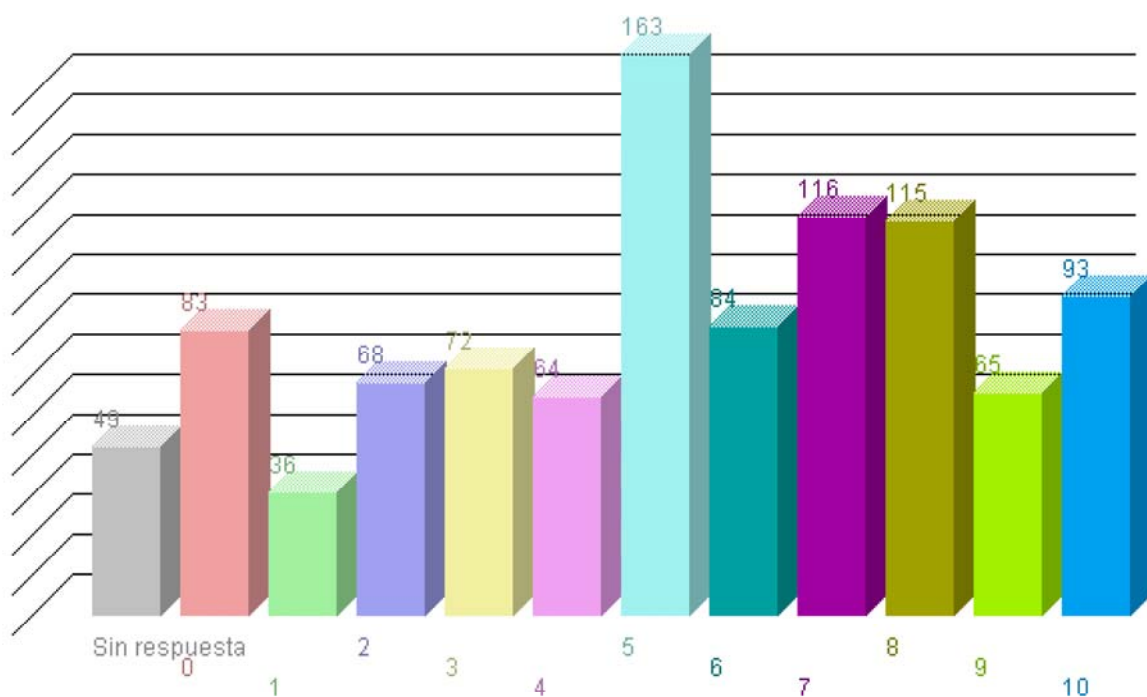
7a) la sanidad pública

		frec.	total	resp.
Sin respuesta		16	1.6%	
0		23	2.3%	2.3%
1		8	0.8%	0.8%
2		20	2%	2%
3		26	2.6%	2.6%
4		26	2.6%	2.6%
5		50	5%	5%
6		53	5.3%	5.3%
7		107	10.6%	10.8%
8		188	18.7%	19%
9		195	19.3%	19.7%
10		296	29.4%	29.8%



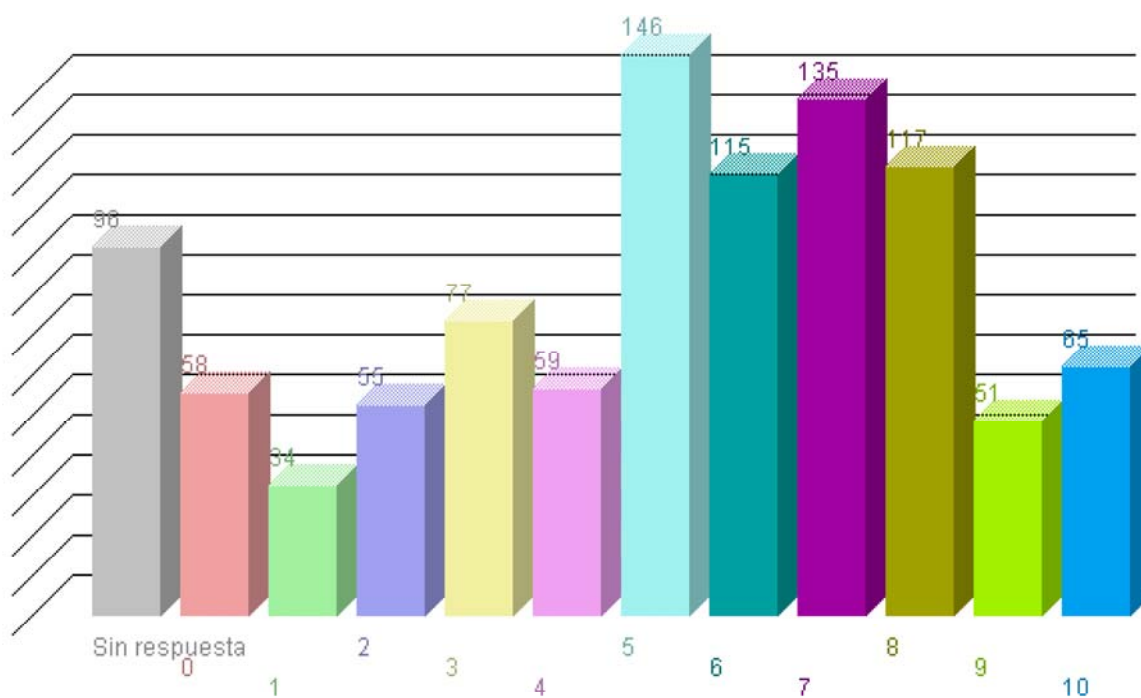
7b) la sanidad privada

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	49	4.9%	
0	83	8.2%	8.7%
1	36	3.6%	3.8%
2	68	6.7%	7.1%
3	72	7.1%	7.5%
4	64	6.3%	6.7%
5	163	16.2%	17%
6	84	8.3%	8.8%
7	116	11.5%	12.1%
8	115	11.4%	12%
9	65	6.4%	6.8%
10	93	9.2%	9.7%



7c) la sanidad pública con gestión privada

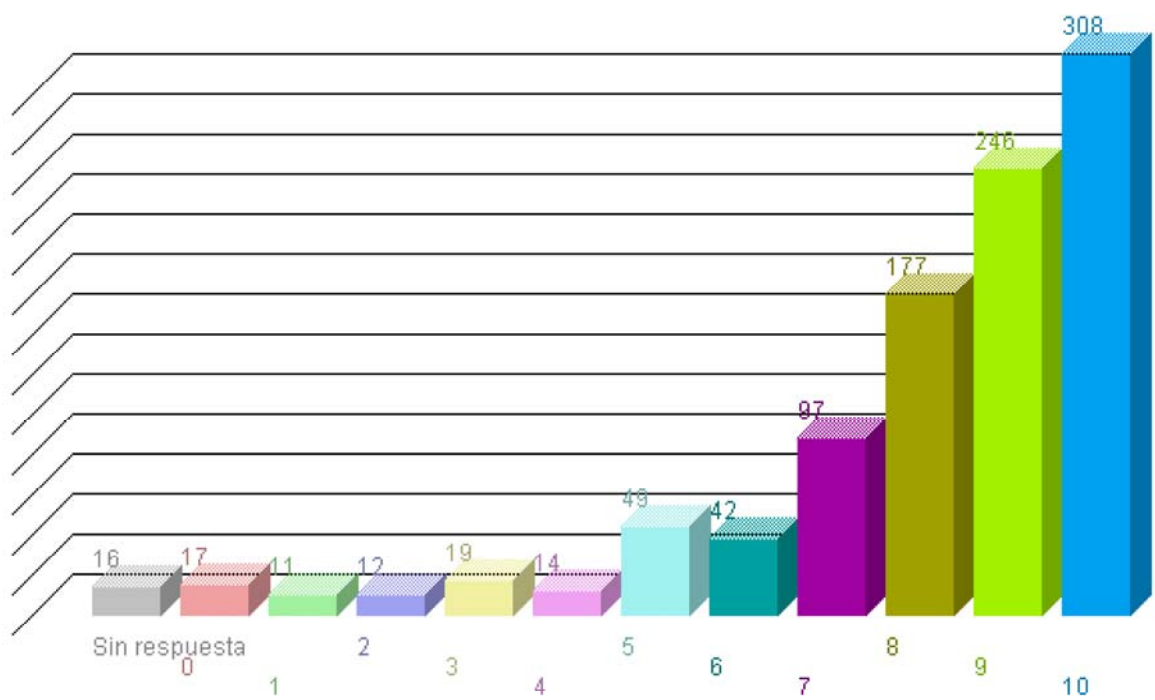
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	96	9.5%	
0	58	5.8%	6.4%
1	34	3.4%	3.7%
2	55	5.5%	6%
3	77	7.6%	8.4%
4	59	5.9%	6.5%
5	146	14.5%	16%
6	115	11.4%	12.6%
7	135	13.4%	14.8%
8	117	11.6%	12.8%
9	51	5.1%	5.6%
10	65	6.4%	7.1%



Se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el paciente, siendo su coste económico una cuestión de menor importancia, en ...

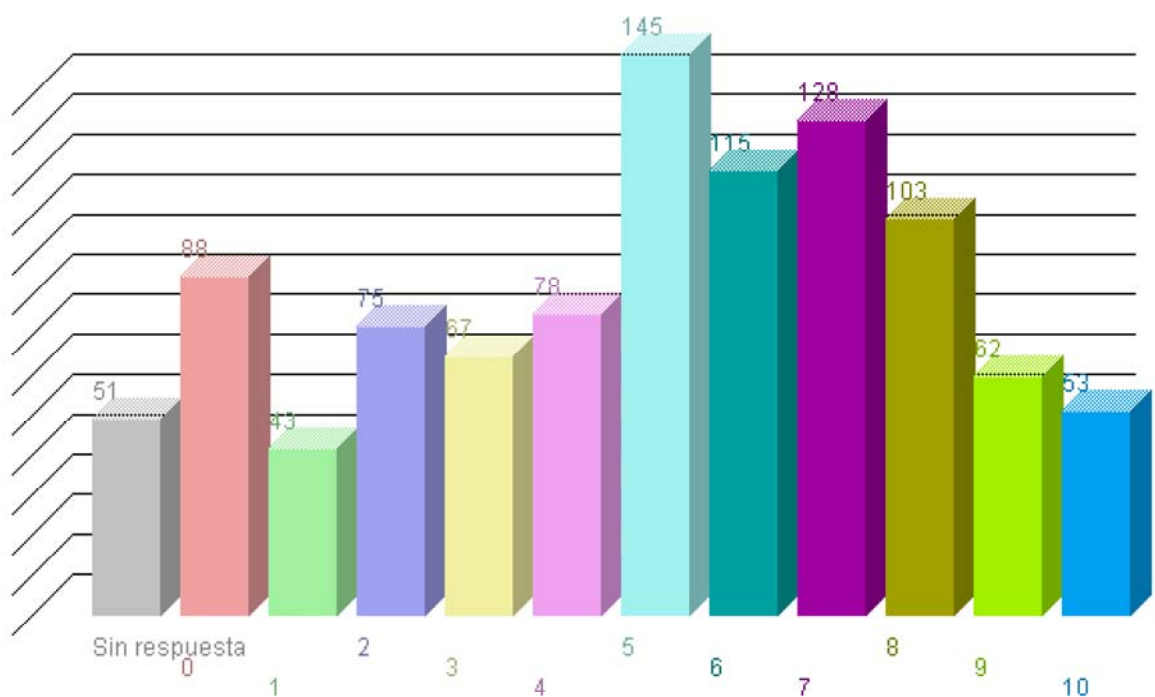
7d) la sanidad pública

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	16	1.6%	
0	17	1.7%	1.7%
1	11	1.1%	1.1%
2	12	1.2%	1.2%
3	19	1.9%	1.9%
4	14	1.4%	1.4%
5	49	4.9%	4.9%
6	42	4.2%	4.2%
7	97	9.6%	9.8%
8	177	17.6%	17.8%
9	246	24.4%	24.8%
10	308	30.6%	31%



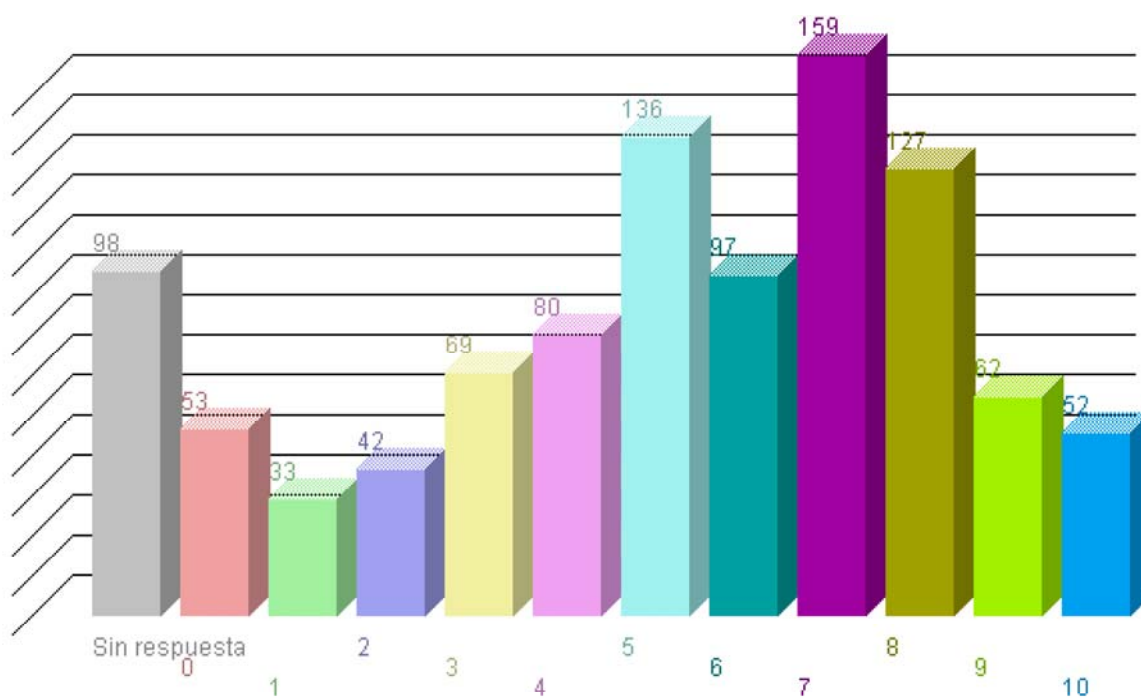
7e) la sanidad privada

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	51	5.1%	
0	88	8.7%	9.2%
1	43	4.3%	4.5%
2	75	7.4%	7.8%
3	67	6.6%	7%
4	78	7.7%	8.2%
5	145	14.4%	15.2%
6	115	11.4%	12%
7	128	12.7%	13.4%
8	103	10.2%	10.8%
9	62	6.2%	6.5%
10	53	5.3%	5.5%



7f) la sanidad pública con gestión privada

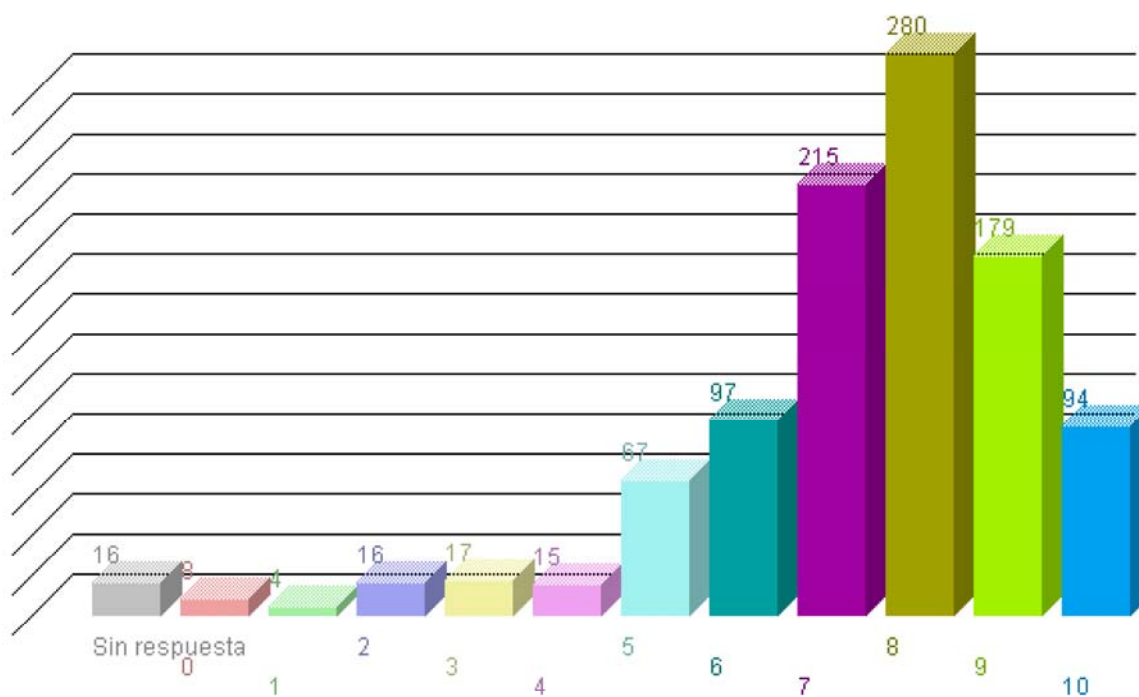
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	98	9.7%	
0	53	5.3%	5.8%
1	33	3.3%	3.6%
2	42	4.2%	4.6%
3	69	6.8%	7.6%
4	80	7.9%	8.8%
5	136	13.5%	14.9%
6	97	9.6%	10.7%
7	159	15.8%	17.5%
8	127	12.6%	14%
9	62	6.2%	6.8%
10	52	5.2%	5.7%



La atención sanitaria es excelente en ...

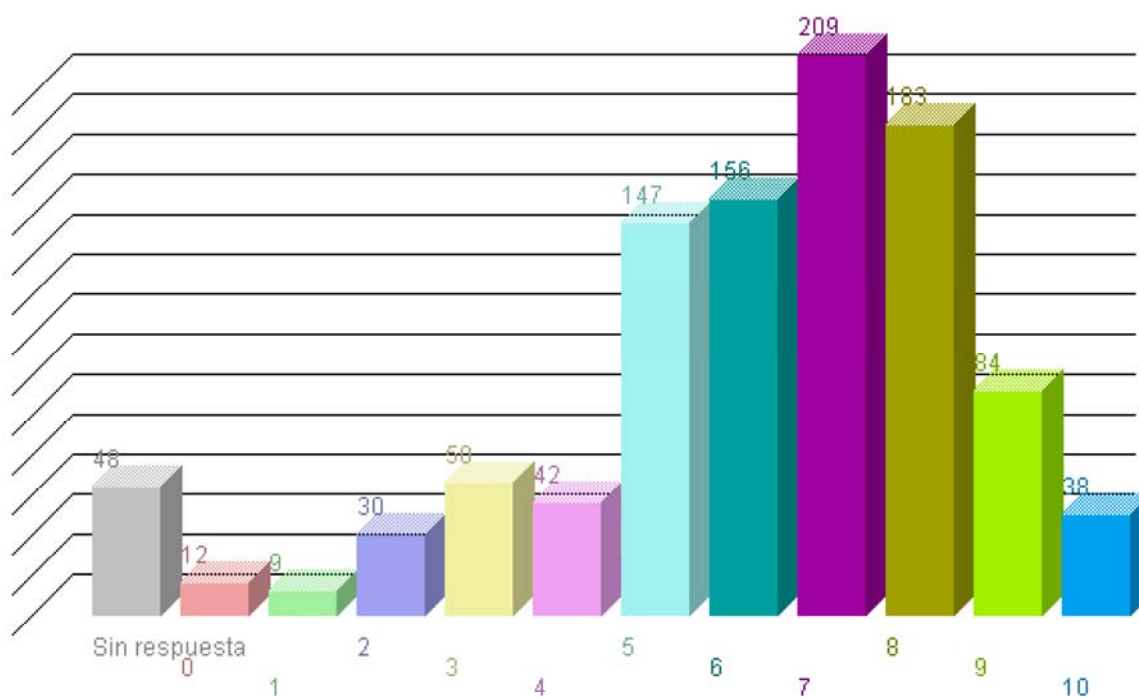
7g) la sanidad pública

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	16	1.6%	
0	8	0.8%	0.8%
1	4	0.4%	0.4%
2	16	1.6%	1.6%
3	17	1.7%	1.7%
4	15	1.5%	1.5%
5	67	6.6%	6.8%
6	97	9.6%	9.8%
7	215	21.3%	21.7%
8	280	27.8%	28.2%
9	179	17.8%	18%
10	94	9.3%	9.5%



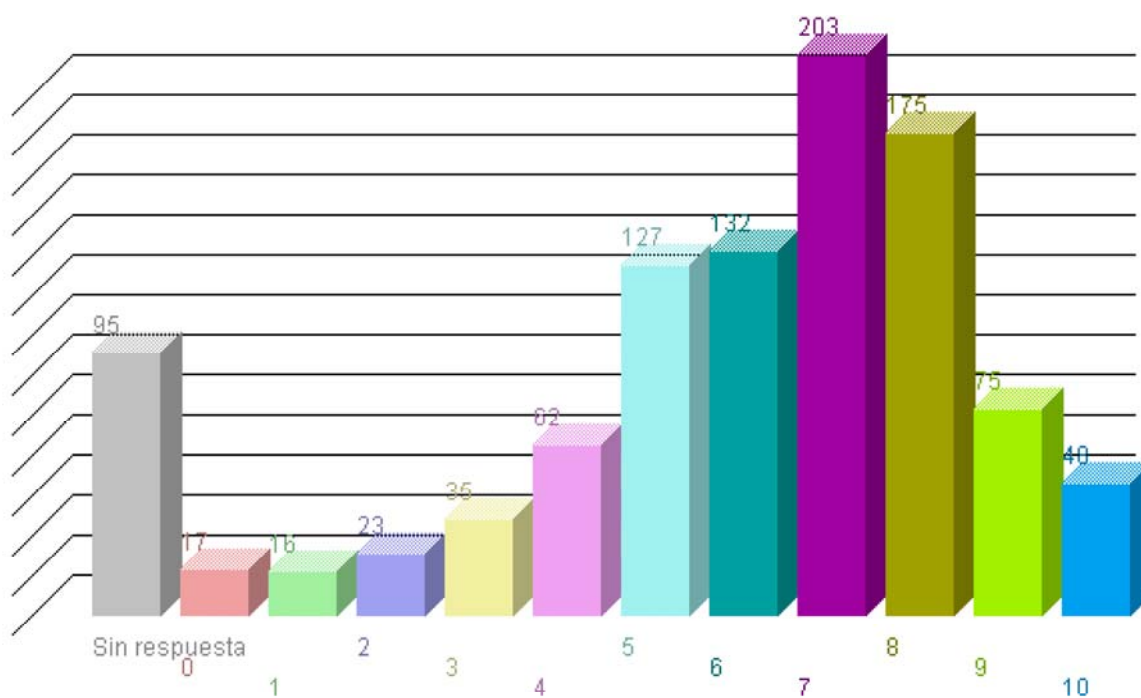
7h) la sanidad privada

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	48	4.8%	
0	12	1.2%	1.2%
1	9	0.9%	0.9%
2	30	3%	3.1%
3	50	5%	5.2%
4	42	4.2%	4.4%
5	147	14.6%	15.3%
6	156	15.5%	16.2%
7	209	20.7%	21.8%
8	183	18.2%	19.1%
9	84	8.3%	8.8%
10	38	3.8%	4%



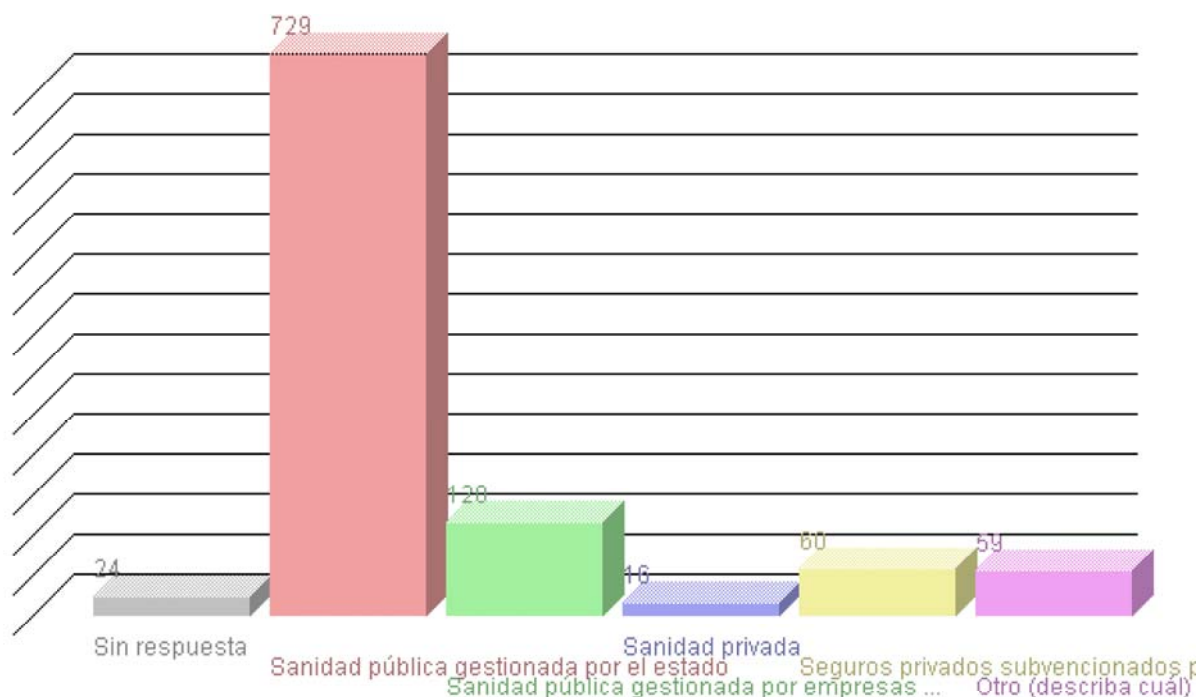
7i) la sanidad pública con gestión privada

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	95	9.4%	
0	17	1.7%	1.9%
1	16	1.6%	1.8%
2	23	2.3%	2.5%
3	35	3.5%	3.8%
4	62	6.2%	6.8%
5	127	12.6%	13.9%
6	132	13.1%	14.5%
7	203	20.1%	22.2%
8	175	17.4%	19.2%
9	75	7.4%	8.2%
10	48	4.8%	5.3%



8) ¿Cuál cree usted que debería ser el sistema sanitario principal en España para ofrecer una mejor sanidad a los ciudadanos?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	24	2.4%	
Sanidad pública gestionada por el estado	729	72.3%	74.1%
Sanidad pública gestionada por empresas privadas	120	11.9%	12.2%
Sanidad privada	16	1.6%	1.6%
Seguros privados subvencionados por el estado	60	6%	6.1%
Otro (describa cuál)	59	5.9%	6%



Otro (describe cuál)

	frec.	total
Sin respuesta	912	90.5%
Respuestas	96	9.5%



17 Mar 2017, 10:43:12: Sanidad pública gestión pública profesionalizada y desgravación seguro privado,
 17 Mar 2017, 10:44:38: Que se pudiera optar
 17 Mar 2017, 10:50:10: Sanidad pública, gestión pública, con criterios de control y calidad homogéneos.
 17 Mar 2017, 10:50:31: sanidad pública gestionada por empresa pública
 17 Mar 2017, 11:03:52: UNA SANIDAD EXCLUSIVAMENTE INDEPENDIENTE DE PÚBLICA O PRIVADA, PORQUE ES ABSURDO ESTA DUPLICIDAD
 MAXIME CUANDO MÉDICO COINCIDEN EN AMBAS
 17 Mar 2017, 11:15:35: Creo que lo mejor es que sea mixto; que todas las opciones existan para cualquier persona.
 17 Mar 2017, 11:19:00: Servicio público gestionado eficientemente y acabando con los puestos de trabajo fijos entre los profesionales sanitarios
 17 Mar 2017, 11:21:12: Una mezcla de sanidad pública, gestionada por ente público, y sanidad privada, gestionada por empresas privadas.
 17 Mar 2017, 11:43:45: Sanidad pública con gestión por los propios profesionales tipo EBS
 17 Mar 2017, 12:05:47: Sanidad pública. Gestión privada con Supervisión Pública.
 17 Mar 2017, 12:07:55: Con auditorías periódicas, mayor control del gasto y ausencia de funcionarios
 17 Mar 2017, 12:21:14: sanidad pública auditada y gestionada eficientemente por el estado. No sirve de nada que se hagan inspecciones y no se corrija nada y que nada pase. La gestión pública sería la mejor, pero con estándares de calidad de la privada y con mayores poderes de cambios, despidos y contrataciones según resultados y objetivos. Y mejorar los estándares de calidad de contratación del personal. Premiando e incentivando a los mejores trabajadores y eficientes.
 17 Mar 2017, 12:26:49: Puede ser pública con mínima gestión privada en algunos sectores no sanitarios
 17 Mar 2017, 12:37:30: Modelo mixto de prestaciones. Cada individuo elegiría su opción
 17 Mar 2017, 12:38:43: Sanidad pública gestionada por sanitarios contratados por el estado
 17 Mar 2017, 12:54:47: El problema es saber gestionar lo público, como si fuese de uno mismo, como si fuese la economía de su hogar, sin ánimo de lucro, con honestidad.
 17 Mar 2017, 12:58:15: Cambios menores en el modelo actual. Más coordinación entre CCAA, criterios claros de regulación de la colaboración público privada. Medidas de mejora de la eficiencia, promoción real de la Atención Primaria
 17 Mar 2017, 13:03:27: Sería de interés ofrecer al ciudadano el tipo de sanidad que quiere recibir y no obligarse a tener

sanidad publica si prefiere otro servicio. El estado deberia garantizar el acceso a la salud de toda su poblacion permitiendo la libre eleccion del sistema y subvencionando la misma cantidad independientemente de la eleccion

17 Mar 2017, 13:04:20: No creo que ninguna deba ser exclusiva, la pública en España siempre ha funcionado bien y la privada también. Si los seguros privados desgravaran, se fomentaría su uso y la pública se descongestionaría, pudiendo dar mejor atención al las personas que acuden a la pública (tanto si tienen seguro privado como si no)

17 Mar 2017, 13:12:38: Sanidad pública gestionada por empresas privadas pero SIN ANIMO DE LUCRO. Similar a las Mutuas de accidentes de trabajo

17 Mar 2017, 13:22:56: SANIDAD PUBLICA BIEN GESTIONADA POR EL ESTADO Y ADECUADAMENTE FINANCIADA, CON PAGO PARCIAL POR EL PACIENTE EN GRADO DEPENDIENTE DE SU RENTA

17 Mar 2017, 13:34:30: Sanidad publica y privada esta ultima supervisada por el estado

17 Mar 2017, 13:49:41: Sistema mixto

17 Mar 2017, 13:53:53: Cumplimiento por parte de las comunidades de los criterios tomados a nivel central. Gestión de recursos sin fines políticos o electoralistas

17 Mar 2017, 14:17:19: Una sanidad pública con un coste retributivo mínimo pero significativo para que el usuario valore realmente la prestación que se le hace en la sanidad pública y así, disminuya el uso y abuso indiscriminado con la falta de consideración a la sanidad pública. Que los usuarios de la sanidad pública hagan un uso racional, discriminado y respetuoso con las prestaciones que el sistema sanitario público ofrece y los profesionales que en él trabajan.

17 Mar 2017, 14:31:16: Mixto: público y privado

17 Mar 2017, 15:09:42: Copago

17 Mar 2017, 15:11:09: Sanidad pública gestionada por el estado, pero que el personal no pueda hacer lo que le dé la gana por el hecho de tener una plaza en propiedad; por ejemplo, eliminar las plazas en propiedad

17 Mar 2017, 15:33:34: sanidad publica y complementaria privada

17 Mar 2017, 15:38:00: La Sanidad publica con el actual modelo de gestion y de eficiencia muy mejorable ,puede llegar a ser inviable

17 Mar 2017, 16:20:49: Sanidad pública gestionada por personal público que trabaje como si lo hiciera para una empresa privada

17 Mar 2017, 16:25:13: Mayor control del horario de trabajo

17 Mar 2017, 17:23:45: Sanidad publica gestionada por le estado como si fuera una empresa privada y pasar factura de todo el tratamiento y recursos que a empleado el paciente para que sean conscientes del uso o abuso del sistema de sanidad publica y en algunos casos cobrar copagos cuando no se utilicen adecuadamente los servicios

17 Mar 2017, 17:40:33: Sistema de copago financiado parte por el estado y parte por los pacientes (o seguros privados), independientemente del sistema público o privado.

17 Mar 2017, 17:44:03: Pública más privada

17 Mar 2017, 17:47:37: Libre elección de facultativo y/u hospital y reembolso por el estado

17 Mar 2017, 17:52:02: Ninguno todos tienen carencias. Lo ideal sería sacar lo bueno de ambos pero es incompatible con la realidad del ser humano.

17 Mar 2017, 18:07:25: El que incluya libertad de elección con competitividad entre hospitales y entre médicos

17 Mar 2017, 18:12:46: Sanidad publica gestionada por personal de gestion especializada en sanidad

17 Mar 2017, 20:37:12: Una sanidad totalmente publica y buenos gestores médicos no afine a ningún partido político

17 Mar 2017, 21:06:49: Sanidad publica con gestión privada pero bien gestionado, no como la actual, en donde se inscribe a los profesionales, se tenga en cuenta la calidad del de la atención atendido a resultados, altas....

17 Mar 2017, 21:27:41: Sanidad pública gestionada por el estado pero con gestores mejor formados y con mayor autonomía de gestión (no partidas presupuestarias cerradas)

17 Mar 2017, 21:44:32: Sanidad pública gestionada por el Estado pero por gestores implicados con los profesionales y auditados correctamente

17 Mar 2017, 23:05:44: Sanidad publica gestionada por el estado con exteriorizacion de determinadas pruebas diagnosticas a la sanidad privada

17 Mar 2017, 23:14:30: sanidad publica gestionada por profesionales competentes apolíticos

18 Mar 2017, 00:12:03: EL PRINCIPIO DE ACCESIBILIDAD Y GRATUIDAD DE LOS SERVICIOS SOLO SE PUEDE CUMPLIR EN UN SISTEMA ESTATAL YA QUE SINO SE PIERDE CALIDA DE LA ATENCIÓN EN AQUELLAS PERSONAS CON BAJOS INGRESOS

18 Mar 2017, 00:21:26: Sanidad pública gestionada por el estado con gestores COMPETENTES y no partidistas, a ser posible, con parte de labor asistencial para mantener contacto con la realidad...

18 Mar 2017, 00:57:51: Sanidad pública gestionada por el estado con libre elección de sistema de atención, publica o privada.

18 Mar 2017, 07:55:30: Que el médico trabaje donde quiera, el paciente vaya al médico que elija y el Estado le devuelva parte del coste al paciente.

18 Mar 2017, 08:17:50: Sanidad pública con copago

18 Mar 2017, 12:43:33: Combinación de público y privado gestionado por las empresas para empleados

18 Mar 2017, 13:25:10: Sanidad pública gestionada por profesionales de la gestión sin influencia politica directa

18 Mar 2017, 14:01:20: Principalmente la pública gestionada por el estado. Privada con una extensión máxima similar a la actual, no mayor. ¿cómo va hoy la sanidad de los EEUU?

18 Mar 2017, 16:34:04: Sanidad publica gestionada por el estado con un modelo de gestion basado en empresas privadas

18 Mar 2017, 17:30:12: Sanidad publica gestionada por médicos. Los políticos y los sindicatos solo contaminan el sistema

18 Mar 2017, 19:46:47: Sanidad publica Gestionada por el ESTADO, no por las Comunidades

18 Mar 2017, 19:50:07: conjuntamente con la privada

18 Mar 2017, 20:03:17: Sanidad pública, BIEN gestionada por el estado, completada con CONCIERTOS con iniciativas de sanidad privada que apoyen servicios que la sanidad pública per sé no alcanza a gestionar.

18 Mar 2017, 21:26:14: Mixta, de libreeleccion

18 Mar 2017, 22:19:30: Publica + Privada

19 Mar 2017, 01:41:01: Sanidad pública con colaboración con la Sanidad Privada

19 Mar 2017, 12:48:09: Mixto y flexible. Fundamentalmente sanidad pública gestionada por las CC.AA. con conciertos de asistencia o gestión con empresas privadas (mejor sin ánimo de lucro).

19 Mar 2017, 15:19:39: seguros privados subencionados por el estado con impuestos finalistas y para casos controlados por rentas

19 Mar 2017, 15:49:08: Mantener la sanidad privada

19 Mar 2017, 17:41:34: Volver a centralizarla

19 Mar 2017, 18:02:16: Sanidad pública gestionada por los profesionales, no por los políticos.

19 Mar 2017, 20:03:50: SANIDAD PUBLICA GESTIONADA POR PROFESIONALES SANITARIOS Y CONTROL ESTATAL

20 Mar 2017, 12:43:02: Sanidad Pública gestionada por el Estado, con las herramientas que actualmente tiene la Sanidad Privada, para evitar el Funcionariazgo perverso actual, pero sin el ánimo de lucro de la Gestión Privada

20 Mar 2017, 18:12:08: sanidad publica pero con copago proporcionado a su sueldo

20 Mar 2017, 19:28:01: Con mejoras teniendo en cuenta la opinión de los profesionales

20 Mar 2017, 21:18:56: Mezcla de todos si funcionan bien

21 Mar 2017, 09:12:24: Un sistema publico correctamente gestionado y con una organizacion mas eficiente
 21 Mar 2017, 09:23:05: PERO BIEN GESTIONADA Y DOTANDO DE LOS RECURSOS NECESARIOS AL MISMO NIVEL DE OTROS PAISES EUROPEOS
 21 Mar 2017, 12:30:30: Sanidad publica no populista gestionada con criterios empresariales de eficacia, índices coste/eficacia, laboriosidad, controles de calidad..etc. Esto podría ser gestionado también por una empresa privada
 21 Mar 2017, 14:27:17: Elección voluntaria del sistema por cada usuario
 21 Mar 2017, 14:35:14: Sanidad pública con mayores copagos
 21 Mar 2017, 14:42:40: Gestionada por el estado, pero por gestores eficientes y con delegación de gestión directa a los profesionales en bastante ámbitos
 21 Mar 2017, 14:43:15: sanidad publica, BIEN gestionada por el estado, con colaboración con las empresas privadas en tratamientos novedosos muy específicos, o mas rentables.
 21 Mar 2017, 17:02:19: Sanidad pública gestionada públicamente + sanidad concertada con empresas privadas controlada públicamente
 21 Mar 2017, 23:10:31: sanidad nacional. El estado aprovecha todos los recursos y subvenciona una tarifa por acto medico, si se va al medico privado. Parecido a Francia.
 22 Mar 2017, 10:30:58: Sanidad pública gestionada por el Estado, pero por personal sanitario en coordinación con Personal directivo y gestores y con acceso a participación de la opinión pública
 22 Mar 2017, 20:09:03: Sanidad publica y gestión de personal mas eficiente. Menos rigidez en el despido de incompetentes a cualquier nivel de auxiliar al gerente
 22 Mar 2017, 20:47:15: Sanidad Publica bien gestionada con control sobre el gasto y el buen uso de los recursos con apoyo de privada para determinadas pruebas o estudios o especialistas
 22 Mar 2017, 21:07:12: tendrían que contribuir con mas personal y mas medios economicos
 23 Mar 2017, 10:53:59: Modelo gestion Hospital Fuenlabrada: Autogestion del hospital
 23 Mar 2017, 12:41:52: No lo sé exactamente, pero desde luego la actual en breve va a dejar de funcionar si no se reforma.
 23 Mar 2017, 13:45:18: en los equipos directivos debe haber más mujeres y más medicos que economistas
 25 Mar 2017, 21:32:52: La Sanidad publica y Privada deberian ser complementarias y no antagonicas como lo son ahora
 25 Mar 2017, 21:34:08: Sanidad pública BIEN gestionada por el Estado
 28 Mar 2017, 00:05:48: Sanidad pública gestionada por el estado pero con mayor dotación de personal y medios pero con mejor control, mejor gestión (pero no valorando tanto la cantidad como se hace ahora sino realmente la calidad y para ello aumentar el tiempo que se le dedica al paciente por ej en las consultas).
 28 Mar 2017, 18:23:06: Sanidad publica gestionada por el estado por profesionales médicos, no por gestores que usan los hospitales para medrar en su carrear personal.
 31 Mar 2017, 14:23:09: SANIDAD PÚBLICA BIEN GESTIONADA POR EL ESTADO
 31 Mar 2017, 20:53:36: Optimización de los recursos disponibles y conciertos si es preciso
 17 Apr 2017, 09:57:11: Sanidad publica con auditorias externas estrictas transparentes y publicadas en prensa
 No conozco los resultados de la sanidad publica gestionada por empresas privadas
 Creo que además es util que haya sanidad privada porque la publica no es siempre resolutive para todos los casos y en todas las poblaciones
 1 May 2017, 18:43:05: sanidad publica mas descentralizada: empresas públicas, conciertos, convenios,
 9 Jul 2017, 20:38:14: La sanidad en España debería incluir todos los sistemas ,todas las regiones y toda la población legalmente residente. Los no residentes tendrían que pagar por utilizar los servicios. Podrían utilizar seguros sanitarios ,como ocurre en casi todos los países.

9) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública?

	frec.	total
Sin respuesta	96	9.5%
Respuestas	912	90.5%



17 Mar 2017, 10:19:48: Universalidad
 17 Mar 2017, 10:25:57: Calidad
 17 Mar 2017, 10:27:10: Atención integral y universal

17 Mar 2017, 10:31:51: Amplia cobertura
 17 Mar 2017, 10:32:01: Universal
 17 Mar 2017, 10:35:21: universalidad (con excepciones)
 17 Mar 2017, 10:36:42: Igualdad
 17 Mar 2017, 10:36:45: Universalidad
 17 Mar 2017, 10:38:32: medicinas gratuitas
 17 Mar 2017, 10:39:12: Los medios que posee
 17 Mar 2017, 10:41:32: Equidad de acceso
 17 Mar 2017, 10:43:12: Universalidad, disponibilidad recursos, coste económico secundario a prioridad del paciente
 17 Mar 2017, 10:43:31: Universalidad. Permite a los sanitarios aplicar la medicina con seguridad
 17 Mar 2017, 10:44:05: es para todos a un coste muy alto
 17 Mar 2017, 10:44:35: Equidad
 17 Mar 2017, 10:44:38: Universalidad
 17 Mar 2017, 10:44:52: Universalidad, oferta, eficacia
 17 Mar 2017, 10:44:53: Se trata pacientes sin cuestionar su coste
 17 Mar 2017, 10:46:33: Formación y profesionalidad de los profesionales sanitarios
 17 Mar 2017, 10:47:57: La universalidad
 17 Mar 2017, 10:50:10: Calidad de la atención
 17 Mar 2017, 10:50:31: oferta total de tratamientos en fase aguda o problemas urgentes. malm para salud mentalo
 problemas crónicos
 17 Mar 2017, 10:51:33: Universalidad, gratuidad relativa, equidad en la atención
 17 Mar 2017, 10:52:53: Excelencia profesional
 17 Mar 2017, 10:56:24: Universal
 17 Mar 2017, 10:57:02: la calidad humana del personal sanitario a pesar del moving continuo por parte de las
 consejerías/gobierno
 17 Mar 2017, 10:57:48: QUE LLEGUE A TODO LOS CIUDADANOS
 17 Mar 2017, 10:58:30: Atención universal
 17 Mar 2017, 10:58:42: Universal
 17 Mar 2017, 10:58:49: red de hospitales y centros de salud
 17 Mar 2017, 11:01:36: Cualificación de los profesionales y mejores recursos tanto diagnósticos como terapéuticos.
 17 Mar 2017, 11:03:52: GRATUIDAD COBERTURA NACIONAL
 17 Mar 2017, 11:04:29: .
 17 Mar 2017, 11:05:37: Universalidad
 17 Mar 2017, 11:05:43: Formación, alta calificación. universalidad
 17 Mar 2017, 11:05:55: Calidad del las prestaciones sin interés comercial
 17 Mar 2017, 11:07:16: la accesibilidad independiente de los recursos económicos de cada persona
 17 Mar 2017, 11:08:47: Calidad
 17 Mar 2017, 11:10:35: El paciente y sus necesidades es el centro de la toma de decisiones
 17 Mar 2017, 11:11:11: Universalidad
 17 Mar 2017, 11:11:34: La cobertura sanitaria a todos los niveles de salud (primaria, secundaria y terciaria)
 17 Mar 2017, 11:12:19: profesionalidad
 17 Mar 2017, 11:13:08: universalidad
 17 Mar 2017, 11:13:21: La profesionalidad
 17 Mar 2017, 11:13:28: El poder atender a quien lo necesite
 17 Mar 2017, 11:14:05: Casi universal. Sin coste directo para el usuario
 17 Mar 2017, 11:14:06: Dedicacion de los profesionales
 17 Mar 2017, 11:15:35: Sanidad universal, formación continuada de los profesionales, sanidad regida por el método
 científico.
 17 Mar 2017, 11:16:09: Cobertura universal
 17 Mar 2017, 11:17:57: La cobertura. Te ofrece todos los tratamientos a coste cero
 17 Mar 2017, 11:18:06: universalidad
 17 Mar 2017, 11:18:24: La atención a todos sin discriminación
 17 Mar 2017, 11:19:00: que es gratuita
 17 Mar 2017, 11:19:36: Atención sanitaria plena sin hacer distinción entre los pacientes.
 17 Mar 2017, 11:21:01: atención a cronicos
 17 Mar 2017, 11:21:12: Los profesionales sanitarios
 17 Mar 2017, 11:21:55: Universal
 17 Mar 2017, 11:22:10: rapidez
 17 Mar 2017, 11:23:40: El nivel de formación de los profesionales
 17 Mar 2017, 11:23:49: Universalidad en el acceso y amplias coberturas
 17 Mar 2017, 11:24:02: Universalidad
 17 Mar 2017, 11:25:16: PUBLICA,
 17 Mar 2017, 11:25:35: su universalidad
 17 Mar 2017, 11:25:44: Su accesibilidad universal
 17 Mar 2017, 11:25:55: adecuada competencia de conocimientos
 17 Mar 2017, 11:26:27: Profesionales, tecnología,
 17 Mar 2017, 11:27:05: La equidad y la accesibilidad y la practica basada en la evidencia.
 17 Mar 2017, 11:28:27: Cobertura completa
 17 Mar 2017, 11:28:29: Nivel asistencial. Accesibilidad de tratamientos avanzados para toda la población
 17 Mar 2017, 11:29:00: Accesibilidad y universalidad
 17 Mar 2017, 11:29:52: El tiempo que se puede dedicar a cada paciente es mayor, la carga asistencial menor por lo que
 la calidad de la asistencia es más alta.
 17 Mar 2017, 11:30:17: Equidad
 17 Mar 2017, 11:30:28: Trabajo digno. Atención al paciente sin las presiones económicas que imponen las privadas
 actualmente y no te dejan hacer bien tu labor.
 17 Mar 2017, 11:32:21: La posibilidad de dedicarse a otras tareas que no sean estrictamnete asistenciales
 17 Mar 2017, 11:32:23: Accesibilidad
 17 Mar 2017, 11:33:05: El esfuerzo de los profesionales médicos que emplean horas de su tiempo libre para suplir las
 carencias del sistema
 17 Mar 2017, 11:34:24: acceso universal
 17 Mar 2017, 11:35:07: eñ hecho de ser universal
 17 Mar 2017, 11:35:16: atencion universal a todos los pacientes
 17 Mar 2017, 11:36:56: El acceso a todas las pruebas y a especialistas sin un coste para el paciente
 17 Mar 2017, 11:37:25: Acceso casi universal y de calidad
 17 Mar 2017, 11:38:59: PROFESIONALES
 17 Mar 2017, 11:40:06: igualdad de acceso y de trato

17 Mar 2017, 11:41:19: los profesionales
 17 Mar 2017, 11:42:39: EL ACCESO DE TODA LA POBLACIÓN
 17 Mar 2017, 11:42:44: Personal muy cualificado
 17 Mar 2017, 11:42:46: Atiende a toda la población.
 17 Mar 2017, 11:43:02: Eficacia
 17 Mar 2017, 11:43:07: atencion a cualquier hora
 17 Mar 2017, 11:43:45: calidad en el servicio
 17 Mar 2017, 11:43:45: Que llega a todos
 17 Mar 2017, 11:45:06: Atención sanitaria a la población que lo necesita
 17 Mar 2017, 11:45:55: No tiene afán de lucro.El acceso de los profesionales es por méritos.Hay docencia e investigación
 17 Mar 2017, 11:46:34: El alto nivel de profesionales y Técnicas.
 17 Mar 2017, 11:46:40: Universalidad
 17 Mar 2017, 11:46:48: Gratuidad
 17 Mar 2017, 11:47:10: Universalidad, equidad
 17 Mar 2017, 11:48:50: Universal
 17 Mar 2017, 11:49:14: Gratuito
 17 Mar 2017, 11:49:27: Accesible
 17 Mar 2017, 11:49:49: Universalidad. Equidad.
 17 Mar 2017, 11:49:59: Alta cualificación de sus profesionales
 17 Mar 2017, 11:50:09: Globalidad y calidad
 17 Mar 2017, 11:50:16: calidad, eliminar listas de espera
 17 Mar 2017, 11:51:12: universal, gratuita, basada en la evidencia
 17 Mar 2017, 11:52:15: cualificación de sus profesionales y medios técnicos.
 17 Mar 2017, 11:52:23: Los medios que se ofrecen y la calidad profesional
 17 Mar 2017, 11:53:13: universalidad y gratuidad
 17 Mar 2017, 11:53:41: Universalidad y libre de dinámicas de mercado
 17 Mar 2017, 11:53:59: Cobertura universal.
 17 Mar 2017, 11:54:28: científico
 17 Mar 2017, 11:54:30: Personal seleccionado con criterios ecuanímes
 17 Mar 2017, 11:56:00: El personal sanitario y su alta cualificación
 17 Mar 2017, 11:56:37: El gran nivel de los profesionales
 17 Mar 2017, 11:57:11: Atención permanente
 17 Mar 2017, 11:57:18: Accesibilidad y equidad
 17 Mar 2017, 11:58:28: universalidad y equidad independiente del gasto
 17 Mar 2017, 11:58:36: Universalidad, profesionalidad, gratuidad
 17 Mar 2017, 11:58:56: .
 17 Mar 2017, 11:59:56: alta cualificación de los profesionales
 17 Mar 2017, 11:59:58: medios y formación profesional
 17 Mar 2017, 12:01:06: El modelo de atención primaria
 17 Mar 2017, 12:01:27: Principios de equidad en el acceso y justicia social a los que más lo necesitan
 17 Mar 2017, 12:01:38: Asistencia a toda la población.
 17 Mar 2017, 12:02:37: Acceso universal y gratuito
 17 Mar 2017, 12:02:38: Menor coste de la sanidad, a igualdad de prestaciones la sanidad privada es más cara
 17 Mar 2017, 12:03:55: Recursos humanos de calidad
 17 Mar 2017, 12:04:08: Medios al alcance de todos
 17 Mar 2017, 12:05:18: Atienden bien las urgencias graves.
 17 Mar 2017, 12:05:27: Calidad
 17 Mar 2017, 12:05:35: No búsqueda de lucro con la actividad sanitaria. Sueldos y condiciones más dignas para los
 trabajadores que en la gestión privada
 17 Mar 2017, 12:05:47: Calidad general de asistencia alta .
 Atender a casi toda la población.
 17 Mar 2017, 12:06:53: Universalidad
 17 Mar 2017, 12:07:00: Igualdad de atención
 17 Mar 2017, 12:07:17: La existencia de una Red de Servicios de la Sanidad pública a través de las CCAA y dentro del
 SNS
 17 Mar 2017, 12:07:17: Universalidad
 17 Mar 2017, 12:07:45: Eficacia
 17 Mar 2017, 12:07:49: Que no trata de sacar beneficio económico de la sanidad, por lo que aunque hay que tener en
 cuenta criterios de coste eficacia a largo plazo, no trata de enriquecerse con la sanidad y se ofrecen al paciente la mayor
 parte de los tratamientos a pesar de su coste. Sistema justo para todo el mundo independientemente de su situación
 socioeconómica
 17 Mar 2017, 12:07:55: universal
 17 Mar 2017, 12:07:57: Eficacia
 17 Mar 2017, 12:08:31: su universalidad
 17 Mar 2017, 12:08:40: Equidad
 17 Mar 2017, 12:08:49: El acceso por igual de todo el mundo a la atención que necesita, incluidas intervenciones
 preventivas.
 17 Mar 2017, 12:09:18: Ninguno
 17 Mar 2017, 12:10:06: Acceso a mejores medios
 17 Mar 2017, 12:11:27: Eficacia clínica
 17 Mar 2017, 12:11:31: universalidad
 17 Mar 2017, 12:11:31: MUY BUENOS PROFESIONALES
 17 Mar 2017, 12:11:46: La cobertura general
 17 Mar 2017, 12:14:40: medios disponibles, buenos profesionales.
 17 Mar 2017, 12:15:33: Se está a la última de los conocimientos
 17 Mar 2017, 12:16:40: Atención médica al paciente
 17 Mar 2017, 12:17:15: Universal
 17 Mar 2017, 12:17:22: El acceso de toda la población a especialistas, pruebas diagnósticas y tratamientos necesarios
 17 Mar 2017, 12:17:38: Los profesionales
 17 Mar 2017, 12:20:17: Asistencia a todos los que la demandan.
 17 Mar 2017, 12:21:14: que es universal
 17 Mar 2017, 12:23:55: Profesionalidad
 17 Mar 2017, 12:24:58: Sistema de Hospitales públicos
 Formación teórica médicos
 17 Mar 2017, 12:25:24: UNIVERSALIDAD Y GRATUIDAD
 17 Mar 2017, 12:25:29: La seguridad que tienen los médicos (no en cuanto a contratos de trabajo) para organizar

tratamientos específicos.

17 Mar 2017, 12:26:21: profesionales

17 Mar 2017, 12:26:40: la universalidad y el desinterés económico

17 Mar 2017, 12:26:49: Gratuito

17 Mar 2017, 12:29:15: Su accesibilidad "casi" generalizada y sus resultados en términos de Salud Pública.

17 Mar 2017, 12:30:08: La calidad y confianza general de los pacientes.

17 Mar 2017, 12:30:23: Una sanidad universal que atiende a todo el mundo sin importar su clase social.

17 Mar 2017, 12:30:59: Oferta máxima y alta calidad

17 Mar 2017, 12:31:57: Igualdad

17 Mar 2017, 12:32:35: Cualificación del personal

17 Mar 2017, 12:33:35: Toda clase de tratamientos avanzados en las especialidades médicas quirúrgicas y de investigación

17 Mar 2017, 12:35:34: la docencia

17 Mar 2017, 12:36:14: Menor interferencia de intereses comerciales con el proceso de atención sanitaria

17 Mar 2017, 12:36:36: Dedicación al enfermo.

Bien gestionada es la más barata de Europa con excelente calidad.

El aspecto formativo es incomparable con otros modelos.

17 Mar 2017, 12:37:30: la dotación de medios y RRHH.

17 Mar 2017, 12:38:43: La amplitud de tratamientos que se ofrecen adecuados a la edad del paciente

17 Mar 2017, 12:38:45: libertad de elección

17 Mar 2017, 12:40:29: Cobertura universal

17 Mar 2017, 12:40:34: disponible para todos

17 Mar 2017, 12:40:49: El acceso de todos los ciudadanos

17 Mar 2017, 12:43:08: SE ATIENDE POR IGUAL A TODAS LAS PERSONAS.

17 Mar 2017, 12:43:21: No intención de beneficio personal por parte de los facultativos.

17 Mar 2017, 12:44:34: El compromiso profesional y la excelente formación de prácticamente todos los facultativos

17 Mar 2017, 12:45:59: Disponibilidad de todos los medios

17 Mar 2017, 12:48:22: Equidad y Universalidad de la prestación

17 Mar 2017, 12:49:00: Cobertura universal

17 Mar 2017, 12:49:25: Sus profesionales

17 Mar 2017, 12:49:51: Universalidad

17 Mar 2017, 12:51:39: Su dispositivo asistencial llega a todas partes independientemente del tamaño de la población

17 Mar 2017, 12:53:07: Profesionales entregados y responsables

17 Mar 2017, 12:54:17: La profesionalidad de los trabajadores

17 Mar 2017, 12:54:18: facilidad de acceso a todos los ciudadanos

17 Mar 2017, 12:54:30: independencia de intereses económicos, profesionalidad basada en criterios científicos

17 Mar 2017, 12:54:46: Los medios de que dispone

17 Mar 2017, 12:54:47: La muy gran cobertura, muy buenos profesionales, disponibilidad en las urgencias de amplia variedad de especialistas y medios.

17 Mar 2017, 12:57:53: Accesibilidad y resta importancia a los gastos en beneficio del paciente

17 Mar 2017, 12:58:06: Universal y gratuita

17 Mar 2017, 12:58:15: Accesibilidad

17 Mar 2017, 12:58:40: Recursos, aparataje, especialistas

17 Mar 2017, 13:02:06: Calidad

17 Mar 2017, 13:02:38: Universalidad

17 Mar 2017, 13:03:27: Universalidad. Equidad. Accesibilidad

17 Mar 2017, 13:03:35: Equidad

17 Mar 2017, 13:04:20: Qué es universal, la mejor de Europa (conociendo bien el famoso NHS), accesible a todos los ciudadanos, con la mejor formación médica. Debe existir porque la privada nunca podrá hacer frente a los trasplantes, diálisis, tratamiento hepatitis C, etc.

17 Mar 2017, 13:04:27: Universalidad

17 Mar 2017, 13:06:00: General y gratuita

17 Mar 2017, 13:06:55: LA AUSENCIA DE INTERESES ECONÓMICOS DE LOS PROFESIONALES

17 Mar 2017, 13:07:05: Sus profesionales

17 Mar 2017, 13:09:36: La equidad.

17 Mar 2017, 13:10:25: La universalidad.

17 Mar 2017, 13:11:28: Accesible para todos, con menos problemas en pagar tratamientos caros

17 Mar 2017, 13:11:49: No intereses economicistas

17 Mar 2017, 13:12:38: La labor de sus profesionales

17 Mar 2017, 13:13:04: Es prácticamente universal, y para lo no asegurados suele haber mecanismos para ser atendidos

17 Mar 2017, 13:15:20: Acceso sanitario universal

17 Mar 2017, 13:15:55: mejores medios

17 Mar 2017, 13:17:10: Su personal

17 Mar 2017, 13:17:30: Asistencia universal, sin limitaciones en cuanto a pruebas complementarias o tratamientos

17 Mar 2017, 13:21:02: universalidad

17 Mar 2017, 13:21:43: Universalidad

17 Mar 2017, 13:22:01: Universalidad

17 Mar 2017, 13:22:56: SU INDEPENDENCIA CIENTÍFICA

17 Mar 2017, 13:23:02: Atención completa a cada paciente.

17 Mar 2017, 13:23:42: Funciona muy bien. Muy accesible y universal.

17 Mar 2017, 13:27:40: la calidad y equidad

17 Mar 2017, 13:27:42: eficacia y buenos profesionales

17 Mar 2017, 13:32:56: La universalidad

17 Mar 2017, 13:33:33: El interés del profesional de intentar hacer su trabajo bien

17 Mar 2017, 13:33:48: Accesibilidad y equidad

17 Mar 2017, 13:34:30: Acceso de la población a todos sus servicios y especialidades.

17 Mar 2017, 13:34:38: Universalidad

17 Mar 2017, 13:35:33: UNIVERSALIDAD

17 Mar 2017, 13:35:57: Equidad

17 Mar 2017, 13:37:31: Acceso para toda la población y profesionales bien cualificados

17 Mar 2017, 13:37:46: QUE PROTEGE A TODA LA POBLACIÓN Y CON UNA CARTERA DE SERVICIOS MUY AMPLIA

17 Mar 2017, 13:38:14: Atención universal

17 Mar 2017, 13:39:24: Cohesión social, Justicia, equidad, excelencia

17 Mar 2017, 13:40:27: la accesibilidad, la calidad y efectividad

17 Mar 2017, 13:40:55: Equidad

17 Mar 2017, 13:41:45: Universalidad

17 Mar 2017, 13:42:10: buenos profesionales
 17 Mar 2017, 13:46:29: Es la mejor dotada en material y personal más cualificado
 17 Mar 2017, 13:47:07: Atención multidisciplinar, trabajo en equipo
 17 Mar 2017, 13:48:42: Universalidad
 17 Mar 2017, 13:49:41: Buenos profesionales, abundante número de médicos
 17 Mar 2017, 13:50:04: Es para todos
 17 Mar 2017, 13:51:06: Universalidad
 17 Mar 2017, 13:52:28: La sanidad SIEMPRE debe ser pública
 17 Mar 2017, 13:52:30: Calidad
 17 Mar 2017, 13:53:11: Profesionales de gran calidad y prestigio
 17 Mar 2017, 13:53:42: La disponibilidad de medios
 17 Mar 2017, 13:53:53: Universalidad
 17 Mar 2017, 13:56:11: La formación de sus facultativos
 17 Mar 2017, 13:58:03: Cartera de servicios
 17 Mar 2017, 14:00:09: Que todo el mundo puede acceder a la misma, sin importar su situación económica
 17 Mar 2017, 14:01:49: Accesibilidad
 Atención continuada
 17 Mar 2017, 14:01:51: Asistencia universal
 17 Mar 2017, 14:06:48: buena atención a los menos pudientes económicamente
 17 Mar 2017, 14:06:49: La universalidad
 17 Mar 2017, 14:06:53: eficacia
 17 Mar 2017, 14:07:27: el bien del paciente sin tener en cuenta beneficios económicos
 17 Mar 2017, 14:07:41: Los profesionales
 17 Mar 2017, 14:09:32: sus medios.
 17 Mar 2017, 14:12:36: amplia cobertura
 17 Mar 2017, 14:14:10: Atención médica gratuita
 17 Mar 2017, 14:15:25: La universalidad
 17 Mar 2017, 14:17:19: La excelente profesionalidad y trato de los profesionales que trabajan en el medio pese a la falta de consideración y respeto que muestran muchos usuarios hacia los mismos, por estimar únicamente sus derechos en la demanda a la asistencia "gratuita" en el sistema público de salud.
 17 Mar 2017, 14:19:29: Acceso universal
 17 Mar 2017, 14:21:12: Universal
 17 Mar 2017, 14:22:28: Se atiende a todas las personas y de la mejor manera posible
 17 Mar 2017, 14:24:34: Pública, es decir sin distinción entre ciudadanos
 17 Mar 2017, 14:25:33: Atención a todos los usuarios
 17 Mar 2017, 14:27:00: Universalidad antes
 17 Mar 2017, 14:28:16: atención a todos
 17 Mar 2017, 14:28:38: Competencia de sus profesionales.
 17 Mar 2017, 14:31:16: La universalidad
 17 Mar 2017, 14:31:54: Accesibilidad universal gratuita
 17 Mar 2017, 14:32:40: En España es una joya, gracias a la preparación de los médicos, enfermeras y del resto de sanitarios, capacitados y muy profesionales. Los hospitales públicos están más o menos bien dirigidos, administrados y cuentan con recursos asistenciales por desgracia mínimos, pero de muy buena calidad.
 17 Mar 2017, 14:33:45: El acceso a tener atención médica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta el alta.
 17 Mar 2017, 14:34:04: acceso a todos los ciudadanos y en general a cualquier habitante
 17 Mar 2017, 14:43:29: Universalidad, justicia e igualdad de derechos y oportunidades
 17 Mar 2017, 14:45:39: La solución integral a patologías complejas.
 17 Mar 2017, 14:46:52: Que permite llegar a más población de una manera equitativa.
 17 Mar 2017, 14:47:54: Docencia, formación continuada e investigación
 17 Mar 2017, 14:48:12: Accesibilidad
 17 Mar 2017, 14:49:41: La formación de los profesionales
 17 Mar 2017, 14:50:34: UNIVERSALIDAD
 17 Mar 2017, 14:54:03: Prima la salud del paciente
 17 Mar 2017, 14:55:22: LA MAGNÍFICA PREPARACIÓN DE SUS MÉDICOS Y SANITARIOS
 17 Mar 2017, 14:57:15: El trabajo de los profesionales que trabajamos en ella
 17 Mar 2017, 14:57:38: Gratuidad y calidad
 17 Mar 2017, 15:01:16: Este sistema permite una formación excelente de los médicos durante el MIR. Se asume que los médicos deben formar a otros y es un aspecto fundamental e impagable de la pública.
 Permite una superespecialización que no permite la privada por una cuestión de volumen
 Permite sesiones comités....
 17 Mar 2017, 15:03:41: Más disponibilidad de pruebas y tratamientos con menos presiones "externas"
 17 Mar 2017, 15:09:42: Universalidad (ya no)
 17 Mar 2017, 15:10:20: Universalidad
 17 Mar 2017, 15:10:34: Universalidad
 17 Mar 2017, 15:11:09: La disponibilidad de recursos casi ilimitada
 17 Mar 2017, 15:14:07: Universalidad
 17 Mar 2017, 15:20:24: Universalidad de cobertura.
 17 Mar 2017, 15:20:35: Disponibilidad
 17 Mar 2017, 15:24:38: Universalidad. La ausencia de la búsqueda del beneficio económico redundará en beneficio del paciente.
 17 Mar 2017, 15:27:58: Universal
 17 Mar 2017, 15:31:04: Su calidad
 17 Mar 2017, 15:32:46: La equidad y universalidad.
 17 Mar 2017, 15:33:34: es universal
 17 Mar 2017, 15:36:09: Universalidad
 17 Mar 2017, 15:38:00: Su cobertura global
 17 Mar 2017, 15:38:47: Tratamiento y seguimiento integral.
 No es una medicina de complacencia
 17 Mar 2017, 15:38:48: es la única que funciona en caso de la medicina de emergencias
 17 Mar 2017, 15:40:49: Universalidad y Solidaridad
 17 Mar 2017, 15:43:52: Cubre al 100% de la población.
 17 Mar 2017, 15:45:25: Igualdad para todos los ciudadanos
 17 Mar 2017, 15:45:44: Libre acceso y universal
 17 Mar 2017, 15:46:19: Menor limitación en los recursos a emplear.
 17 Mar 2017, 15:47:00: Universalidad
 17 Mar 2017, 15:48:06: Universalidad

17 Mar 2017, 15:48:55: Cobertura amplia
17 Mar 2017, 15:53:49: La gratuidad que garantiza la accesibilidad para todos
17 Mar 2017, 15:54:38: Calidad
17 Mar 2017, 15:55:29: universal en las urgencias
17 Mar 2017, 15:58:38: El acceso fácil y financiación de estudios y tratamientos sin mucho cargo para el paciente
17 Mar 2017, 16:01:43: Igualdad
17 Mar 2017, 16:03:26: Universalidad
17 Mar 2017, 16:04:34: Cuenta con más personal pero es poco eficiente
17 Mar 2017, 16:05:20: Que cualquier ciudadano tenga derecho a conservar su salud y tratar la enfermedad
17 Mar 2017, 16:06:24: Acceso a la mayoría de tratamientos importantes
17 Mar 2017, 16:06:49: Tiene los mejores y más preparados y mejores sanitarios y la posibilidad de utilizar los más avanzados medios
17 Mar 2017, 16:09:00: Buena atención, buenos equipos y excelentes profesionales
17 Mar 2017, 16:09:33: Universal
17 Mar 2017, 16:10:20: Universal
17 Mar 2017, 16:15:13: Menor limitación en los recursos a emplear.
17 Mar 2017, 16:16:31: Equidad
17 Mar 2017, 16:20:49: Universalidad
17 Mar 2017, 16:21:29: Acceso universal
17 Mar 2017, 16:22:03: Universalidad
17 Mar 2017, 16:24:47: El acceso universal bien entendido pero con un mínimo copago para evitar abusos y sin turismo sanitario
17 Mar 2017, 16:25:13: La mejor dotada de medios
17 Mar 2017, 16:25:19: La aplicación inmediata de los métodos diagnóstico o de tratamiento necesarios en cualquier proceso
17 Mar 2017, 16:27:25: Elemento de cohesión social
17 Mar 2017, 16:29:44: Equidad y facilidad de acceso
Sistema que funciona en red
17 Mar 2017, 16:30:35: UNIVERSALIDAD
17 Mar 2017, 16:30:54: Servicio completo y de calidad
17 Mar 2017, 16:32:21: que ofertan todos los ttos, sin que importe el estrato social del paciente
17 Mar 2017, 16:33:39: Grandes hospitales con excelentes recursos en la mayoría de las provincias
17 Mar 2017, 16:34:34: Justicia
17 Mar 2017, 16:38:09: Calidad del servicio
Atención del personal sanitario
17 Mar 2017, 16:49:02: Universalidad, tratamiento independiente de los costes
17 Mar 2017, 16:51:49: Nada
17 Mar 2017, 16:54:22: Se atiende a todo el mundo en urgencias
17 Mar 2017, 16:58:04: Equidad
17 Mar 2017, 17:03:17: sanidad para todos
17 Mar 2017, 17:09:57: la amplia cobertura de especialistas y tratamientos
17 Mar 2017, 17:13:23: Acceso a todos
17 Mar 2017, 17:13:45: Equidad
17 Mar 2017, 17:19:52: accesibilidad en AP
17 Mar 2017, 17:23:45: estudio completos
17 Mar 2017, 17:25:10: Calidad de los profesionales y Atención universal
17 Mar 2017, 17:27:51: La calidad de los profesionales sanitarios
17 Mar 2017, 17:32:41: Universalidad
17 Mar 2017, 17:35:49: Universalidad, aunque actualmente no sea cierta
17 Mar 2017, 17:38:21: Gratuidad, casi-universalidad, justicia, eficacia y ética
17 Mar 2017, 17:40:33: Universalidad con prestaciones amplias
17 Mar 2017, 17:41:56: La calidad de los profesionales
17 Mar 2017, 17:43:22: Objetividad
17 Mar 2017, 17:44:03: Es una garantía.
17 Mar 2017, 17:47:37: Solo en grandes centros disponibilidad de todos los especialistas.
Buen servicio de atención primaria
17 Mar 2017, 17:48:38: los profesionales
17 Mar 2017, 17:48:57: Atención sanitaria por profesionales excelentes
17 Mar 2017, 17:49:39: El paciente como centro
17 Mar 2017, 17:52:02: El personal sanitario es importante y se realiza gasto sobre el mismo. A pesar de ello las condiciones laborales dejan mucho que desear con contratos temporales enlazados sin estabilidad con desamparo ante maternidad/paternidad o bajas por salud suprimiendo no renovando contratos a pesar de poder llevar en dicho puesto más de 5 años.
17 Mar 2017, 17:54:03: Acceso a de y tratamiento igualitariamente
17 Mar 2017, 17:54:36: Los profesionales
17 Mar 2017, 17:55:11: Universalidad. Acceso a los últimos tratamientos y mejores profesionales.
17 Mar 2017, 17:56:37: atención a gravedad y cronicidad
17 Mar 2017, 18:01:10: Permite tratar cualquier patología sin tener en cuenta el nivel económico de cada persona
17 Mar 2017, 18:03:21: posibilidad de diagnóstico y tratamiento a bajo costo
17 Mar 2017, 18:07:25: La gratuidad
17 Mar 2017, 18:11:24: QUE ES UNIVERSAL Y GRATUITA
17 Mar 2017, 18:12:46: Publica para todos
17 Mar 2017, 18:14:48: .
17 Mar 2017, 18:16:28: Que está al alcance de todos
17 Mar 2017, 18:17:06: Formación y cobertura universal
17 Mar 2017, 18:18:30: universalidad y gratuidad
17 Mar 2017, 18:19:03: Universalidad
17 Mar 2017, 18:20:20: El acceso a la sanidad de cualquier persona.
17 Mar 2017, 18:27:40: Mayor accesibilidad a tratamientos
17 Mar 2017, 18:33:51: accesibilidad. Desarrollo. Investigación
17 Mar 2017, 18:33:55: La formación y dedicación de los profesionales sanitarios
17 Mar 2017, 18:35:24: Grandes profesionales sin ánimo de lucro
17 Mar 2017, 18:38:07: universalidad
17 Mar 2017, 18:39:59: LA UNIVERSALIDAD
17 Mar 2017, 18:46:17: Calidad de los profesionales y medios disponibles
17 Mar 2017, 18:49:07: universalidad y gratuidad

17 Mar 2017, 18:50:32: universal y gratuita
17 Mar 2017, 19:01:56: Universalidad
17 Mar 2017, 19:08:58: Factor humano
17 Mar 2017, 19:11:43: universal y gratuita
17 Mar 2017, 19:17:47: Gratuidad para el usuario
17 Mar 2017, 19:18:57: Acceso libre, disponibilidad de las pruebas específicas
17 Mar 2017, 19:23:36: Asistencia integral (diagnostico y tratamiento).Medios diagnosticos, medios de tratamiento, infraestructuras.
17 Mar 2017, 19:23:54: Los medios
17 Mar 2017, 19:24:22: El sistema M.I.R
17 Mar 2017, 19:26:07: su universalidad
17 Mar 2017, 19:26:19: Accesibilidad y bajo coste para el usuario
17 Mar 2017, 19:26:54: Equidad
17 Mar 2017, 19:36:13: Trabajan los especialistas con mayor experiencia clínica habitualmente y están arropados por un equipo de residentes que muchas veces ayudan a sacar el trabajo adelante y estimulan la formación continuada de los adjuntos.
17 Mar 2017, 19:36:37: La cualificacion de bastantes profesionales sanitarios y no sanitarios
17 Mar 2017, 19:39:35: Igualdad
17 Mar 2017, 19:41:21: Está al alcance de prácticamente el 100% de los ciudadanos.
17 Mar 2017, 19:44:52: El objetivo final no es el beneficio económico sino el humano.
17 Mar 2017, 19:46:32: Universalidad
17 Mar 2017, 19:48:08: Universalidad y equidad
17 Mar 2017, 19:51:58: Equidad
17 Mar 2017, 19:54:02: la equidad
17 Mar 2017, 19:57:12: Profesionalidad y formación del personal
17 Mar 2017, 19:57:47: Transparencia
17 Mar 2017, 19:59:01: La formación especializada del personal. Comités para la toma de decisiones.
17 Mar 2017, 20:00:17: Es para toda la población
17 Mar 2017, 20:00:45: Acceso universal
17 Mar 2017, 20:01:43: Accesibilidad
17 Mar 2017, 20:04:19: Covertura
17 Mar 2017, 20:05:51: prima el paciente frente a la economía
17 Mar 2017, 20:06:02: Recursos y universalidad
17 Mar 2017, 20:11:14: La profesionalidad de los médicos y enfermeras. Los medios técnicos.
17 Mar 2017, 20:15:14: la implicación de los profesionales, la entrega y la casi infinita capacidad de entrega
17 Mar 2017, 20:18:08: Excelente calidad con asistencia universal.
17 Mar 2017, 20:19:25: - Abordaje integral del paciente.
17 Mar 2017, 20:19:55: Que es gratuita y de facil acceso. Trata todas las patologias posibles sin exclusiones
17 Mar 2017, 20:28:27: Nivel científico de los profesionales e infraestructuras y acceso a múltiples opciones terapéuticas.
17 Mar 2017, 20:32:01: La cobertura de prestaciones,sobre todo para patologías graves y la disponibilidad de especialistas en las urgencias.
17 Mar 2017, 20:34:08: universalidad y equidad
17 Mar 2017, 20:34:38: Universal , gratuita
17 Mar 2017, 20:37:12: La sanidad debería ser competencia del estado y no de las comunidades autónoma con un ministro que tenga ideas de medicina
17 Mar 2017, 20:38:35: UNIVERSALIDAD
17 Mar 2017, 20:39:30: La disponibilidad de todos los medios diagnosticos y de tratamiento
17 Mar 2017, 20:42:15: muchos medios materiales y humanos
17 Mar 2017, 20:50:54: Preparacion profesionales
17 Mar 2017, 20:51:40: desinterés económico de los médicos
17 Mar 2017, 20:55:32: Que es para todos y que aunque busca la gestion adecuada para repartir los recursos, no es un negocio.
17 Mar 2017, 20:58:01: Prioridad absoluta la salud de los pacientes
17 Mar 2017, 21:03:29: Gratuidad
17 Mar 2017, 21:06:49: Acceso Universal
17 Mar 2017, 21:15:25: Universalidad.
Aplicabilidad de políticas de prevención.
Centralizacion de gasto y recursos posible.
17 Mar 2017, 21:27:41: Equidad y accesibilidad
17 Mar 2017, 21:30:45: La universalidad de la atención.
17 Mar 2017, 21:32:22: Independencia del profesional respecto a la gestión (sobre todo económica)
17 Mar 2017, 21:44:32: La calidad de sus profesionales a pesar del maltrato de sus jefes que no ejercen su papel teniéndolos en cuenta
17 Mar 2017, 21:49:14: Disponibilidad de todos los tratamientos y tecnicas diagnosticas
17 Mar 2017, 21:50:08: Medios
17 Mar 2017, 22:00:16: Disponibilidad de tratamientos y técnicas
17 Mar 2017, 22:07:08: Posibilidad de investigación en el horario laboral aunque sin remuneración.
17 Mar 2017, 22:13:11: –
17 Mar 2017, 22:15:20: Accesibilidad en igualdad
17 Mar 2017, 22:16:27: Los trabajadores y los medios
17 Mar 2017, 22:20:22: Universalidad
17 Mar 2017, 22:27:45: Pretende ser universal
17 Mar 2017, 22:38:01: Accesibilidad
17 Mar 2017, 22:44:25: El trato al paciente
17 Mar 2017, 22:44:42: Equidad
17 Mar 2017, 22:58:14: Universal , actualizada , profesionales competentes
17 Mar 2017, 22:58:57: Accesibilidad a pruebas y tratamientos
17 Mar 2017, 22:59:14: Accesible para toda la población
17 Mar 2017, 23:04:41: la gratuidad y universalidad
17 Mar 2017, 23:05:44: Los profesionales
17 Mar 2017, 23:06:18: atención universal
17 Mar 2017, 23:12:08: Que sea gratuita y general, para todo tipo de pacientes
17 Mar 2017, 23:14:00: accesibilidad y equidad
17 Mar 2017, 23:14:30: buena calidad asistencial en relación a ratios de personal/enfermo
17 Mar 2017, 23:16:07: Se ofrece una calidad asistencial buena a toda la población
17 Mar 2017, 23:18:22: Más medios, más independencia y autonomía. Pero trabajando en equipo y compartiendo lo que

se sabe con el resto.

17 Mar 2017, 23:32:56: La universalidad y la posibilidad de investigación
17 Mar 2017, 23:34:53: ununiversalidad
17 Mar 2017, 23:45:05: Trabajadores
17 Mar 2017, 23:46:55: Es universal
17 Mar 2017, 23:47:25: gratuidad, universalidad
17 Mar 2017, 23:51:51: Accesibilidad
17 Mar 2017, 23:56:53: EQUIDAD
18 Mar 2017, 00:02:19: Cobertura absoluta
18 Mar 2017, 00:04:07: Que te atienden correctamente
18 Mar 2017, 00:12:03: QUE TODAS LAS CAPAS SOCIALES EN SENTIDO GENERAL TIENEN ACCESO AL SERVICIO
18 Mar 2017, 00:21:26: Calidad.
18 Mar 2017, 00:29:21: Los profesionales tenemos libertad para decidir lo que creemos más apropiado
18 Mar 2017, 00:35:29: Equidad
18 Mar 2017, 00:52:03: Universal y gratuita
18 Mar 2017, 00:53:56: Importancia del recurso humano, búsqueda de calidad y excelencia
18 Mar 2017, 00:57:51: La atención universal fuera de condicionantes sociales....
18 Mar 2017, 01:03:46: Altruista
18 Mar 2017, 01:05:57: Equidad, universalidad
18 Mar 2017, 01:10:48: Equidad, accesibilidad
18 Mar 2017, 01:23:26: Es Universal y Gratuita (desde el 2012 con restricciones que han sido negativas)
Tiene a los Profesionales mejor formados y actualizados.
Da la mejor cobertura en cuanto a pruebas y tratamientos.
Hay investigacion(Cada vez menos por los recortes).
Esta al día en cuanto a ultimas tecnicas y tratamientos .
18 Mar 2017, 02:52:43: Universalidad
18 Mar 2017, 07:42:06: El acceso a toda la población de todos los avances
18 Mar 2017, 07:55:30: Accesibilidad, universalidad
18 Mar 2017, 08:02:16: Universalidad
18 Mar 2017, 08:17:50: La calidad de la medicina por sus profesionales más cualificados que trabajan con protocolos estandarizados de uso racional y buenas prácticas médicas. El paciente no es un cliente, como en la sanidad privada.
18 Mar 2017, 08:40:36: Universalidad. Fácil acceso para la población.
18 Mar 2017, 08:49:54: cobertura total diagnostica y de tratamiento
18 Mar 2017, 08:51:08: AL ALCANCE DE TODOS
18 Mar 2017, 08:52:46: UNIVERSALIDAD
18 Mar 2017, 09:02:52: La preparación y la disposición del personal.
18 Mar 2017, 09:19:50: Formación profesionales
18 Mar 2017, 09:20:44: La profesionalidad y el conocimiento del personal sanitario
18 Mar 2017, 09:23:54: universal
18 Mar 2017, 09:34:38: Calidad de la asistencia y los profesionales y medios
18 Mar 2017, 09:35:16: Universal
18 Mar 2017, 09:39:32: equidad, justicia, sistemas homologados de formación de los profesionales ,exigencia ética.
18 Mar 2017, 09:46:57: INSTALACIONES
18 Mar 2017, 09:47:49: Cobertura universal.
18 Mar 2017, 09:50:13: igualdad en el acceso
18 Mar 2017, 09:57:06: Universal
18 Mar 2017, 09:58:38: Se ofrecen toda serie de pruebas diagnostica, sin importar el coste
18 Mar 2017, 10:02:21: Universalidad
18 Mar 2017, 10:20:45: Gratuidad y universalidad
18 Mar 2017, 10:24:40: la accesibilidad
18 Mar 2017, 10:34:24: La formación de sus sanitarios
18 Mar 2017, 10:41:11: La investigación y realización de estudios
18 Mar 2017, 10:46:13: atención hospitalaria
18 Mar 2017, 10:49:14: Accesibilidad
18 Mar 2017, 11:01:37: Profesionales en progresión
18 Mar 2017, 11:04:42: Urgencias
18 Mar 2017, 11:06:09: La formación de los profesionales
18 Mar 2017, 11:20:03: Su alto nivel científico y estar al día
18 Mar 2017, 11:23:12: Universalidad y equidad
18 Mar 2017, 11:24:11: Universalidad, buenos profesionales
18 Mar 2017, 11:31:35: El mejor tratamiento independientemente del coste
18 Mar 2017, 11:32:25: calidad
18 Mar 2017, 11:40:54: los profesionales y que sea para todos
18 Mar 2017, 11:42:08: La accesibilidad e igualdad
18 Mar 2017, 11:46:06: atención a los pacientes
18 Mar 2017, 11:48:42: La formación
18 Mar 2017, 11:52:17: Que ante patologías cuyos diagnósticos requieran pruebas caras el paciente sin muchos recursos pueda acceder a ella
18 Mar 2017, 11:54:41: Humano
18 Mar 2017, 11:55:45: Acceso universal. Mejores tecnologías
18 Mar 2017, 11:57:44: Su personal sanitario
18 Mar 2017, 12:23:36: Universalidad
18 Mar 2017, 12:29:13: Cobertura universal
18 Mar 2017, 12:43:33: Que atienden al paciente sin importar cuál es la naturaleza o nacionalidad. Es universal.
18 Mar 2017, 12:51:19: Cobertura universal de calidad
18 Mar 2017, 12:55:58: Cobertura universal
18 Mar 2017, 13:20:09: Mejor formación de sus médicos y ATS.
18 Mar 2017, 13:25:10: los profesionales que hacen que funcione a pesar de deficiencias en la gestión, tecnología ,etc
18 Mar 2017, 13:52:16: universalidad
18 Mar 2017, 14:01:20: Aún hoy, probablemente ofrece una asistencia de calidad aceptable. ¿Qué paso con el modelo "Ribera-Alzira"???

18 Mar 2017, 14:05:54: Equidad de acceso
18 Mar 2017, 14:31:55: Gratuidad y justicia
18 Mar 2017, 14:53:33: universalidad
18 Mar 2017, 14:56:03: Atención universal
No discriminación de tipos de paciente

Gratuidad de atención

18 Mar 2017, 15:11:35: Que, en mi experiencia, el coste no es un factor muy importante para la atención que precisa el paciente (sean pruebas diagnósticas o tratamientos).

18 Mar 2017, 15:32:20: la accesibilidad y la equidad

18 Mar 2017, 15:47:48: Muy buena atención y situación de igualdad de acceso

18 Mar 2017, 16:31:41: la casi universalidad

18 Mar 2017, 16:34:04: Universalidad, a pesar del RD 16/2012

18 Mar 2017, 16:56:49: el centro del sistema es el ciudadano

18 Mar 2017, 17:19:27: tienes cualquier tratamiento avalado por las sociedades científicas

18 Mar 2017, 17:30:12: Ninguno, el sistema actual esta podrido

18 Mar 2017, 17:41:58: Alto nivel de calidad en la atención médica

18 Mar 2017, 17:57:02: La accesibilidad y la amplia cartera de servicios que ofrece.

18 Mar 2017, 18:26:23: Ninguno

18 Mar 2017, 18:32:48: Universalidad

18 Mar 2017, 18:44:41: FORMACION, DINERO

18 Mar 2017, 18:46:51: Acceso universal y gratuito.

18 Mar 2017, 19:00:58: Acceso a las pruebas diagnósticas más indicadas para cada paciente y patología

18 Mar 2017, 19:08:13: equidad

18 Mar 2017, 19:12:47: Universalidad

18 Mar 2017, 19:17:30: Su generalidad

18 Mar 2017, 19:18:38: UNIVERSALIDAD,EQUIDAD Y ACCESIBILIDAD

18 Mar 2017, 19:46:47: la universalidad

18 Mar 2017, 19:50:07: u iversal, gratuidad,urgencia atendida 360 días al año

18 Mar 2017, 19:55:20: Profesionalidad, evaluación y formación continua

18 Mar 2017, 20:02:53: Nada

18 Mar 2017, 20:03:17: La universalidad de la atención.

18 Mar 2017, 20:07:56: Buenos profesionales, disponibilidad de pruebas diagnósticas y poner todos los tratamientos al alcance de los pacientes.

18 Mar 2017, 20:12:12: Equidad, separación de cuestiones económicas de la atención al paciente

18 Mar 2017, 20:14:07: Sanidad para todos .

18 Mar 2017, 20:17:25: la excelente formación de sus médicos y su profesionalidad

18 Mar 2017, 20:24:55: Calidad de los centros hospitalarios

18 Mar 2017, 20:28:50: Que no influya el factor economico para el diagnostico, atencion y tratamiento de los pacientes

18 Mar 2017, 20:29:20: Calidad de profesionales

18 Mar 2017, 20:48:03: Personal sanitario bien formado que sabe adaptarse a las circunstancias adversas

18 Mar 2017, 21:04:54: Calidad media alta

18 Mar 2017, 21:05:14: Universalidad

18 Mar 2017, 21:20:28: La universalidad de acceso

18 Mar 2017, 21:26:07: La distribución equitativa de los recursos

18 Mar 2017, 21:26:14: Cobertura

18 Mar 2017, 21:29:00: Acceso a la mayoría de los ciudadanos

18 Mar 2017, 21:29:07: La dotación de medios materiales

18 Mar 2017, 21:41:21: Eficiencia

18 Mar 2017, 21:43:07: Universalidad

18 Mar 2017, 21:57:22: Universalidad

18 Mar 2017, 22:10:14: Igualdad en tratamientos y listas de espera.

18 Mar 2017, 22:19:30: La atención universal

18 Mar 2017, 22:39:39: La universalidad y su "gratuidad" en los actos (que no es tal porque la pagamos vía impuestos).

18 Mar 2017, 23:07:39: A Todos los españoles

18 Mar 2017, 23:16:11: Equidad

18 Mar 2017, 23:20:52: Universal

18 Mar 2017, 23:45:05: Accesibilidad, agilidad en los procesos que lo requieren

19 Mar 2017, 00:46:24: voluntad de los médicos

19 Mar 2017, 01:41:01: Pruebas médicas en Hospitales

19 Mar 2017, 03:57:12: Accesibilidad universal

19 Mar 2017, 07:25:55: UNIVERSALIDAD

19 Mar 2017, 07:52:25: Universalizad

19 Mar 2017, 08:18:10: Universalidad, sistema de formación.

19 Mar 2017, 08:26:21: Universalidad

19 Mar 2017, 08:43:31: Acceso universal, desvinculación supuesta de objetivos netos económicos, capacidad supuesta de mantener objetivos a largo plazo y con un carácter integrado en torno a los derechos universales y al progreso del bienestar y cohesión de la sociedad y cada individuo que la componen.

19 Mar 2017, 08:44:27: Profesionales implicados

19 Mar 2017, 08:55:38: La falta de ánimo de lucro

19 Mar 2017, 09:09:45: Accesibilidad y calidad en los servicios

19 Mar 2017, 09:32:52: Búsqueda de la salud como objetivo, sin interferir objetivos de ganancia económica.

19 Mar 2017, 09:34:43: Las dotaciones tanto en aparatología como en últimos tratamientos

19 Mar 2017, 09:53:02: La calidad en la atención del paciente.

19 Mar 2017, 09:54:19: Que es igual para todos y podemos acceder a ella sin tener en cuenta condiciones económicas sociales...

19 Mar 2017, 10:39:34: Sanidad universal y gratuita.

19 Mar 2017, 10:56:31: cubre todas las patologías sin limitaciones

19 Mar 2017, 10:59:26: Universalidad

19 Mar 2017, 11:10:20: accesibilidad y equidad

19 Mar 2017, 11:14:52: La sanidad pública debe garantizar su ATENCIÓN UNIVERSAL como se recoge en sus estatutos, en la que la calidad científica debe ser su máxima

19 Mar 2017, 11:17:43: Los trabajadores sanitarios

19 Mar 2017, 12:19:39: atención centrada exclusivamente en el paciente

19 Mar 2017, 12:27:11: Universalidad para atención de los pacientes.

Profesionales formados y elegidos por méritos en oposiciones públicas.

Como negativo la mala distribución del trabajo en los centros. Personal que se desvive frente a personal no supervisado que pasa las horas "pasando el rato" y con poca implicación

19 Mar 2017, 12:35:16: Eficacia

19 Mar 2017, 12:48:09: Equidad y universalidad.

19 Mar 2017, 12:52:14: INDEPENDENCIA DE LOS PROFESIONALES

19 Mar 2017, 13:01:12: EQUIDAD.

19 Mar 2017, 13:40:48: la universalidad
 19 Mar 2017, 13:42:26: Acceso de toda la población.
 19 Mar 2017, 13:59:14: Equidad
 19 Mar 2017, 14:03:47: Justicia, equidad
 19 Mar 2017, 14:06:30: Universal y gratuita
 19 Mar 2017, 14:12:53: profesionales
 19 Mar 2017, 15:19:39: competencia tecnica
 19 Mar 2017, 15:44:58: Buena calidad de la atención especializada en grandes hospitales
 19 Mar 2017, 15:49:08: Llega a todos los estratos sociales
 19 Mar 2017, 16:05:23: Dar el tratamiento adecuado a cada patologia sin plantear el coste-beneficio
 19 Mar 2017, 17:41:34: Los profesionales
 19 Mar 2017, 18:02:16: Hacerse cargo de los procesos más costosos
 19 Mar 2017, 18:03:00: La urgencia de pacientes graves
 19 Mar 2017, 18:13:50: Que practicamente es gratis y peacticamente accesible para todos(excepto para extranjeros sin papeles o en tránsito o en trámites de regularización que no tienen acceso a la medicina pública especializada)
 19 Mar 2017, 18:22:12: Universalidad.
 Realización de tto y seguimiento
 19 Mar 2017, 18:26:59: Universalidad.
 Realización de tto y seguimiento
 19 Mar 2017, 18:46:13: Universalidad
 19 Mar 2017, 18:46:28: UNIVERSALIDAD
 19 Mar 2017, 18:47:02: el interés que toman los profesionales por suplir los déficits
 19 Mar 2017, 19:29:15: Calidad de la formación de los profesionales.
 19 Mar 2017, 20:03:50: LOS PROFESIONALES
 19 Mar 2017, 20:20:45: Buenos profesionales sanitarios
 19 Mar 2017, 22:15:22: La universalidad, la gratuidad, la calidad de los profesionales
 19 Mar 2017, 22:52:12: Universal
 19 Mar 2017, 22:59:18: El objetivo es la salud y el bienestar del usuario
 20 Mar 2017, 00:24:14: No rechaza gastos
 20 Mar 2017, 00:53:47: Entran los mejores aunque la falta de oposiciones anuales o bianuales hace exagerado el número de eventuales e interinos.
 20 Mar 2017, 01:14:25: La accesibilidad de toda la población a tratamientos y pruebas punteras
 20 Mar 2017, 01:18:04: Atencion primaria
 20 Mar 2017, 04:13:17: Calidad excelente para Toda la poblacion, cohesion social.
 20 Mar 2017, 07:41:10: El tener todos los recursos a su alcance
 20 Mar 2017, 08:09:02: Su universalidad. Trata a la poblacion y no al paciente individual.
 20 Mar 2017, 08:50:38: Buenos profesionales y medios.
 20 Mar 2017, 08:53:01: equidad y accesibilidad universal
 20 Mar 2017, 09:04:38: Universalidad, aunque ahora mismo en España no es tal.... Para tratar a un paciente se usan todos los recursos necesarios
 20 Mar 2017, 09:36:54: facilidad de acceso
 20 Mar 2017, 09:42:24: Atención prestada y medios economicos
 20 Mar 2017, 10:12:42: Calidad de profesionales y dotación técnica
 20 Mar 2017, 10:17:15: Universalidad. Alta calidad, especialmente en patologia graves y urgentes
 20 Mar 2017, 10:37:26: Al alcance de todos
 20 Mar 2017, 10:55:32: es universal
 20 Mar 2017, 10:56:55: Su inmediatez, su universalidad para todos los ciudadanos sin ánimo de lucro
 20 Mar 2017, 11:01:49: Accesibilidad. Uso racional de recursos.
 20 Mar 2017, 11:26:01: La accesibilidad, equidad y gratuidad (salvo apra las personas excluidas)
 20 Mar 2017, 11:27:06: La posibilidad de diagnóstico y tratamiento de cualquier patologia en cualquier paciente.
 20 Mar 2017, 11:30:39: universalidad
 20 Mar 2017, 11:42:25: No se miran costes hasta el diagnóstico final
 20 Mar 2017, 11:52:40: La accesibilidad
 20 Mar 2017, 11:56:42: Universalidad
 20 Mar 2017, 12:01:29: Su universalidad
 20 Mar 2017, 12:11:19: La gran cualificación de los profesionales
 20 Mar 2017, 12:13:37: Imagen
 20 Mar 2017, 12:18:23: Formación.
 20 Mar 2017, 12:20:24: Infraestructuras y profesionalidad
 20 Mar 2017, 12:43:02: Acceso Universal
 20 Mar 2017, 12:44:54: Cobertura a toda la población
 20 Mar 2017, 13:44:46: Acceso a servicios para todos . Monopolio en transplantes .
 20 Mar 2017, 14:00:49: Acceso as universal y terapias complejas disponibles. Sin embargo, personal poco motivado y disponibilidad llena de Demoras
 20 Mar 2017, 14:25:04: Amplia cobertura
 20 Mar 2017, 16:16:39: Calidad
 20 Mar 2017, 16:22:57: La atención a cualquier persona utilizando todos los recursos disponibles.
 20 Mar 2017, 16:29:40: La universalidad
 20 Mar 2017, 17:20:03: La ausencia de discriminación del tipo de paciente
 20 Mar 2017, 17:32:39: Accesibilidad. Conomiento
 20 Mar 2017, 17:41:44: Que es sin animo de lucro
 20 Mar 2017, 18:12:08: Los tratamientos son universales para todos los pacientes y sin importar costes
 20 Mar 2017, 19:06:55: cuadro de especialistas, tanto medicos como auxiliares
 20 Mar 2017, 19:10:23: Los profesionales sanitarios de todos los estatus que están siendo muy mal tratados y a pesar de ello siguen dando una sonrisa al paciente
 20 Mar 2017, 19:25:15: Pluralida
 20 Mar 2017, 19:27:50: Igualdad para todo el mundo, no hace falta tener dinero para ser atendido
 20 Mar 2017, 19:28:01: UNIVERSALIDAD, ACCESO a pruebas dcas, tratamientos, equipos multidisciplinarios solo en base a la patologia
 20 Mar 2017, 19:30:25: Hace años tener todas las opciones terapéuticas y el contacto con la Docencia e Investigación.
 En los últimos años las Instituciones ralentizan la toma de decisiones y entorpecen la evolución de los profesionales por la limitación de los recursos.
 20 Mar 2017, 19:49:33: el paciente es el centro
 20 Mar 2017, 19:58:34: CALIDAD
 20 Mar 2017, 20:11:22: Muchos medios técnicos y humsnos
 20 Mar 2017, 20:13:05: que es igual para todos

20 Mar 2017, 20:21:49: Poco reparo en gastos
 20 Mar 2017, 20:22:39: calidad
 20 Mar 2017, 20:31:45: que es universal
 20 Mar 2017, 20:40:21: Universalida
 20 Mar 2017, 20:42:16: La buena actuacion del personal sanitario
 20 Mar 2017, 21:15:42: Desinterés por los costes
 20 Mar 2017, 21:18:56: Igualdad y asistencia universal
 20 Mar 2017, 21:20:00: UNIVERSALIDAD
 20 Mar 2017, 21:24:48: Al paciente no se le va a echar por ser pobre
 20 Mar 2017, 21:40:49: Es universal y gratuito.
 20 Mar 2017, 21:48:35: Se hace lo mejor para el paciente
 20 Mar 2017, 21:52:25: Los recursos para la completa recuperacion del paciente
 20 Mar 2017, 22:11:29: Universalidad e igualdad
 20 Mar 2017, 22:43:38: Universalidad
 20 Mar 2017, 22:52:36: Accesible y no discriminatorio, universal
 20 Mar 2017, 23:05:25: Accesibilidad para todos, atención de calidad siendo el paciente la principal prioridad, uso adecuado de los recursos en función de criterios clínicos
 20 Mar 2017, 23:24:47: Equidad
 20 Mar 2017, 23:26:08: universal
 20 Mar 2017, 23:26:25: Universal
 20 Mar 2017, 23:35:34: Excelente pero con problemas económicos y de gestión
 20 Mar 2017, 23:55:39: La presencia de recursos
 21 Mar 2017, 00:56:47: Es para todos con independencia de estatus social, economico y contribuimos todos (en teoria)
 21 Mar 2017, 01:06:53: Equidad, universalidad
 21 Mar 2017, 01:46:59: Calidad
 21 Mar 2017, 05:36:36: Universalidad
 21 Mar 2017, 07:54:39: La gratuidad
 21 Mar 2017, 08:12:39: La profesionalidad de los trabajadores, se basan en los protocolos.
 21 Mar 2017, 08:49:06: ACCESO PARA TODA LA POBLACION Y ESPECIALIZACION DE PROFESIONALES
 21 Mar 2017, 08:51:09: Accesibilidad, equidad, buenos profesionales
 21 Mar 2017, 09:12:24: La menor presion económica a la hora de tomar decisiones en el tratamiento de los pacientes
 21 Mar 2017, 09:13:03: Eficacia
 21 Mar 2017, 09:17:03: Universalidad
 21 Mar 2017, 09:23:05: SUS PROFESIONALES. QUEES "CASI" UNIVERSAL
 21 Mar 2017, 09:39:35: Universalidad, excelente red de centros de atención primaria, especializada y hospitalaria
 21 Mar 2017, 09:57:30: universalidad
 21 Mar 2017, 10:20:13: Es accesible a todo el mundo
 21 Mar 2017, 10:48:16: Calidad en la atención.
 21 Mar 2017, 11:16:31: Cobertura global autofinanciada
 21 Mar 2017, 11:37:39: Cobertura universal
 21 Mar 2017, 11:47:54: Buen nivel
 21 Mar 2017, 12:01:58: calidad
 21 Mar 2017, 12:18:40: Igualdad de acceso. Mayor disponibilidad de recursos.
 21 Mar 2017, 12:30:30: Que abarca al 100 % de los españoles con una calidad aceptable
 21 Mar 2017, 12:31:53: Interesen la salud del ciudadano no en el negocio para ganar dinero
 21 Mar 2017, 13:09:13: universalidad
 21 Mar 2017, 13:12:52: La sanidad pública de gestión pública es la única que permite la independencia profesional de los facultativos. Al normalizar el CONFLICTO DE INTERESES, en la sanidad privada es más probable que se prescriba una operación innecesaria y en la sanidad pública de gestión privada es más probable que se escatimen pruebas costosas que si son necesarias
 21 Mar 2017, 13:22:46: Atencion universal
 21 Mar 2017, 13:26:53: LA universalidad aunque no sea sostenible a largo plazo
 21 Mar 2017, 13:27:05: que lo que prima es lo que precisa el paciente y no su procedencia social o su nomina
 Las decisiones se toman en función de protocolos consensuados por lo que la atención es igual para todos y universal
 21 Mar 2017, 13:32:42: Los recursos humanos
 21 Mar 2017, 13:41:17: asistencia universal
 tratamientos y patologia compleja
 21 Mar 2017, 13:47:52: LA CASI UNIVERSALIDAD
 21 Mar 2017, 14:00:26: universalidad, equidad y excelencia
 21 Mar 2017, 14:09:20: El objetivo es la salud del paciente aunque por supuesto se cuida también el gasto y es universal
 21 Mar 2017, 14:27:17: Profesionalidad
 21 Mar 2017, 14:35:14: Universalidad
 21 Mar 2017, 14:42:40: Acceso para todos. Mejor formación. Intercambio de conocimientos. Posibilidades de mejores condiciones con los proveedores y posibilidad de ofrecer todos los tratamientos y diagnósticos a mejor precio
 21 Mar 2017, 14:43:15: atención universal,
 21 Mar 2017, 15:06:24: Una atención adecuada a las necesidades de cada persona y universal.
 21 Mar 2017, 15:45:41: Accesible para todos los niveles sociales
 21 Mar 2017, 15:48:21: que es universal
 21 Mar 2017, 16:17:47: universalidad
 21 Mar 2017, 17:02:19: Universalidad y equidad
 21 Mar 2017, 17:04:54: Universalización
 21 Mar 2017, 17:11:54: Igual atención independientemente de las posibilidades económicas del paciente.
 21 Mar 2017, 18:11:09: Que se solicitan pruebas diagnósticas y se indican los tratamientos según criterio médico exclusivamente, lo que repercute en la mejor evolución del paciente. En los privados se realizan con frecuencia pruebas sin indicación o se administran tratamientos que no están tan indicados, pero lo hacen por criterios económicos o de otro tipo.
 21 Mar 2017, 18:23:16: La universalidad y gratuidad
 21 Mar 2017, 18:29:26: sanidad de calidad para todos
 21 Mar 2017, 19:08:26: Universalidad
 Cartera de Servicios amplia
 21 Mar 2017, 19:27:35: Accesibilidad
 21 Mar 2017, 19:29:36: Igualdad de acceso
 21 Mar 2017, 19:42:19: - la gran calidad de los profesionales
 21 Mar 2017, 19:55:17: Equidad
 21 Mar 2017, 20:00:42: la muy buena formacion de sus profesionales y los recursos diagnosticos de ultima generacion que tiene
 21 Mar 2017, 20:11:10: Pone al alcance de los ciudadanos los cuidados necesarios para su curación y evitar

enfermedades.

21 Mar 2017, 20:17:55: Universalidad, aunque ya no...

21 Mar 2017, 20:39:04: universalidad y ausencia de afán de lucro

21 Mar 2017, 20:49:27: Manejo de patologías complejas

21 Mar 2017, 20:55:00: Calidad, equidad,

21 Mar 2017, 22:39:55: calidad

21 Mar 2017, 23:10:31: Posibilidad de investigación.

21 Mar 2017, 23:14:04: Igualitaria

21 Mar 2017, 23:54:27: Amplia disponibilidad de medios para atender a los pacientes

22 Mar 2017, 00:00:59: Equidad, acceso universal

22 Mar 2017, 00:05:20: La libertad de actuación no influenciada por motivos económicos ni de contratación

22 Mar 2017, 01:19:12: Recursos humanos

22 Mar 2017, 02:35:05: Recursos, Formación, Investigación, Eficacia.

22 Mar 2017, 08:14:17: grandes profesionales

22 Mar 2017, 08:32:54: las recetas económicas

22 Mar 2017, 09:17:27: El compromiso de los profesionales

22 Mar 2017, 10:10:18: Su universalidad,su profesionalidad.

22 Mar 2017, 10:25:06: Equidad

22 Mar 2017, 10:30:58: Profesionalidad / Disponibilidad de Recursos

22 Mar 2017, 10:47:14: Accesibilidad y universalidad

22 Mar 2017, 11:00:30: Excelencia y Universalidad (En peligro)

22 Mar 2017, 11:09:29: El acceso a toda la población con profesionales muy bien capacitados

22 Mar 2017, 11:14:18: Universalidad y gratuidad

22 Mar 2017, 12:07:28: Universalidad, gratuita.

22 Mar 2017, 12:21:38: disponibilidad de todo tipo de pruebas y terapias.

22 Mar 2017, 12:58:58: Equidad

22 Mar 2017, 13:06:32: Su costo cero

22 Mar 2017, 14:19:52: Profesionales

22 Mar 2017, 14:37:30: Solidaridad y universalidad

22 Mar 2017, 15:43:14: La equidad en la atención a todos los ciudadanos.

22 Mar 2017, 16:43:29: Universal

22 Mar 2017, 17:05:02: COBERTURA DE LA POBLACION

22 Mar 2017, 17:19:01: medios

desinterés económico médico

interés socio-económico

22 Mar 2017, 17:24:50: Tratamientos pioneros

22 Mar 2017, 17:51:51: Tecnología disponible

22 Mar 2017, 18:05:40: Accesibilidad, alto nivel y calidad de empleados, posibilidad de crecer, garantías en salud.

22 Mar 2017, 18:08:06: Equidad

22 Mar 2017, 18:16:59: Equidad

22 Mar 2017, 18:19:31: no les importa el dinero gastado si aporta votos

22 Mar 2017, 18:25:30: accesible a todos

22 Mar 2017, 18:26:46: Recursos asistenciales

22 Mar 2017, 18:26:50: Gratuidad.

22 Mar 2017, 19:13:37: no la hago.

22 Mar 2017, 19:25:47: universal y gratuita.

22 Mar 2017, 19:50:06: QUE PRIMA AL PACIENTE GRAVE Y COMPLEJO SOBRETODLO DEMÁS

22 Mar 2017, 19:52:01: Es un lujo para los pacientes

22 Mar 2017, 20:09:03: Sigue primado el paciente

22 Mar 2017, 20:47:15: Buena formación en general de los profesionales y adaptación de los tratamientos en función

necesidades del paciente y no tanto por el gasto

22 Mar 2017, 20:58:48: UNIVERSALIDAD

22 Mar 2017, 21:07:12: el trabajo de los profesionales y la cobertura a todos los ciudadanos acceso universal ,que ahora se ha restringido y se mantiene gracias al esfuerzo de los profesionales

22 Mar 2017, 21:45:47: Que siempre se atiende a todas las personas en lo que necesitan

22 Mar 2017, 22:10:56: El personal

23 Mar 2017, 09:08:40: Con este nivel de vida ya solo debería dedicarse a epidemiología salud pública y vacunas,el resto debería ser servicio privado pagado y controlado por el estado con una cartera de servicios común a todo el estado.

23 Mar 2017, 10:50:55: Gran servicio público

23 Mar 2017, 10:53:59: Acceso gratuito a los mejores tratamientos sin cuestionar el precio si así le hace falta al paciente

23 Mar 2017, 11:41:54: Gratuidad, accesibilidad, universalidad

23 Mar 2017, 12:41:52: Todos nos beneficiamos,grandes profesionales,aunque no es posible mantenerlo mucho más tiempo. Si sigue adelante es por el gran esfuerzo que hacemos los profesionales,trabajando en situaciones precarias.

23 Mar 2017, 12:41:57: coberturas , profesionales , medios

23 Mar 2017, 13:12:20: accesibilidad gratuita

23 Mar 2017, 13:14:52: las buenas instalaciones y profesionales

23 Mar 2017, 13:45:18: acceso universal, cuando lo era

23 Mar 2017, 18:55:13: Calidad

23 Mar 2017, 20:45:01: que es universal

23 Mar 2017, 22:12:20: Accesibilidad

23 Mar 2017, 22:15:04: La formación de los médicos

23 Mar 2017, 23:42:28: La universalidad y los recursos

24 Mar 2017, 10:42:29: La universalidad y el no regirse por rentabilidad económica como principal elemento.

24 Mar 2017, 10:46:09: Universalidad

24 Mar 2017, 11:36:20: No olvidar que somos seres humanos enfermos con los que nos relacionamos. Siempre olvidamos la bioética.

24 Mar 2017, 12:36:28: Se encuentran profesionales muy cualificados con medios diagnósticos de vanguardia y tratamientos punteros.

24 Mar 2017, 17:13:44: La calidad

24 Mar 2017, 18:54:01: accesibilidad de la población, disponibilidad de recursos.

24 Mar 2017, 20:20:30: Acceso universal

24 Mar 2017, 20:30:23: Acceso a profesionales sanitarios y no sanitarios cualificados que tienen disponibilidad de pruebas diagnósticas especializadas.

Subvención de medicamentos.

24 Mar 2017, 21:04:52: ACCESO UNIVERSAL

24 Mar 2017, 21:21:00: Ofrece todas las opciones de diagnostico y tratamiento sin interferencias con las decisiones medicas

24 Mar 2017, 21:47:44: universalidad

24 Mar 2017, 21:52:31: La atención sanitaria

25 Mar 2017, 13:06:29: Universalidad

25 Mar 2017, 13:26:38: formación medica de los sanitarios

25 Mar 2017, 17:41:57: Preparacion de sus profesionales

25 Mar 2017, 18:43:55: Gratuidad, accesibilidad

25 Mar 2017, 18:56:04: los profesionales que trabajan en ella

25 Mar 2017, 19:37:30: Libre acceso, multitud de medios

25 Mar 2017, 21:17:10: NO HAY QUE FORZAR LAS INDICACIONES PARA GANAR DINERO, NI AHORRAR EN PROCEDIMIENTOS PARA TENER GANANCIAS

25 Mar 2017, 21:32:52: No se

25 Mar 2017, 21:34:08: Universal

25 Mar 2017, 21:34:35: no tiene intereses particulares

26 Mar 2017, 00:42:07: Atención universal

26 Mar 2017, 16:32:05: El profesionalismo, la preparación del empleado

26 Mar 2017, 17:55:32: Equidad

26 Mar 2017, 19:32:33: Que atiende prácticamente a toda la población

26 Mar 2017, 20:11:43: Se atiende a todas las personas por igual, el aspecto económico queda en segundo plano en el día a día de los clínicos

26 Mar 2017, 21:48:44: Accesibilidad para todos independientemente de los recursos económicos

26 Mar 2017, 22:08:12: Calidad de los médicos formados en España

26 Mar 2017, 22:50:40: El acceso prácticamente universal. La no necesidad de obtener beneficio económico. La asistencia a personas que carecen de recursos económicos.

27 Mar 2017, 01:22:14: Accesibilidad

27 Mar 2017, 07:50:53: equidad

27 Mar 2017, 10:45:16: La gratuidad.

27 Mar 2017, 11:56:50: Universalidad accesibilidad (teóricos) NO CARENCIAS Ni CoPAGos (excepto receta)

27 Mar 2017, 12:36:44: universalidad

gratuidad

eficacia muy superior a otros países

27 Mar 2017, 21:04:55: Acceso universal a la sanidad sin importar nivel socioeconómico

28 Mar 2017, 00:05:48: Que mira por lo que realmente cree que es mejor para el paciente (en pruebas médicas, tratamientos médicos e indicaciones quirúrgicas, etc.) =

28 Mar 2017, 00:13:28: Acceso universal

28 Mar 2017, 18:23:06: La efectividad sin importar, en teoría, los costes.

28 Mar 2017, 19:40:26: la cobertura a cualquier tipo de persona, aun sin recursos económicos

28 Mar 2017, 22:59:08: que es para todo el mundo

29 Mar 2017, 06:51:04: personal sanitario

29 Mar 2017, 11:58:42: Equipos médicos generalmente bien cualificados y con sesiones y otros métodos de formación continuada.

Potencia diagnóstica y de tratamiento.

29 Mar 2017, 13:47:29: Equidad

30 Mar 2017, 01:13:22: CASI UNIVERSALIDAD EN LA ACCESIBILIDAD

30 Mar 2017, 12:05:13: Universalidad, acceso a todos los tratamientos cuando un particular jamás se los podría pagar.

Calidad

30 Mar 2017, 12:16:51: la ausencia de mercantilismo

31 Mar 2017, 01:34:14: Presupuesto estatal.

31 Mar 2017, 14:23:09: HOY EN DÍA NINGUNO

31 Mar 2017, 20:53:36: Universalidad, formación y selección de los profesionales

2 Apr 2017, 13:25:50: equidad

2 Apr 2017, 21:15:04: Equidad en el acceso

3 Apr 2017, 10:38:54: acceso a la sanidad

3 Apr 2017, 12:09:18: Universalidad y gratuita

4 Apr 2017, 23:29:11: Equidad en la distribución de los recursos humanos y económicos

8 Apr 2017, 01:20:43: SU ACCESIBILIDAD A TODAS LAS CAPAS DE LA POBLACIÓN.

10 Apr 2017, 18:32:39: Es para todos

11 Apr 2017, 16:32:51: La atención es Universal y gratuita.

17 Apr 2017, 09:57:11: La salud deja de ser una preocupación para las personas sobre todo para las que tienen menos recursos

17 Apr 2017, 20:19:28: Cobertura de la población, ofrece procedimientos complejos y muy caros

19 Apr 2017, 10:22:25: El acceso a la sanidad

19 Apr 2017, 10:35:11: Equidad

19 Apr 2017, 12:30:58: El carácter universal.

20 Apr 2017, 12:30:31: Debería ser la atención universal.

25 Apr 2017, 12:49:16: La atención personalizada con el paciente.

25 Apr 2017, 15:21:20: Accesibilidad y profesionales sanitarios.

29 Apr 2017, 15:20:29: La labor del personal médico

1 May 2017, 18:43:05: Universalidad

17 May 2017, 10:45:46: Cobertura a todos

9 Jun 2017, 20:38:11: acceso prácticamente universal a tratamientos costosos (cáncer, trasplantes)

3 Jul 2017, 21:20:41: universalidad, equidad, no discriminativa

9 Jul 2017, 20:38:14: Su tamaño permite atender casi todas las situaciones. La mala gestión; y su universalidad amenazan gravemente la viabilidad.

3 Aug 2017, 13:36:22: Calidad asistencial

10) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad privada?

		frec.	total
<input type="checkbox"/>	Sin respuesta	119	11.8%
<input checked="" type="checkbox"/>	Respuestas	889	88.2%



17 Mar 2017, 10:19:48: No creo que tenga ninguno

17 Mar 2017, 10:25:57: Rapidez

17 Mar 2017, 10:27:10: Rapidez en realizacion de pruebas

17 Mar 2017, 10:31:51: Ninguno

17 Mar 2017, 10:32:01: Accesibilidad

17 Mar 2017, 10:35:21: Libertad de elección y autorreponsabilidad

17 Mar 2017, 10:36:42: Rapidez

17 Mar 2017, 10:36:45: Gestión económica

17 Mar 2017, 10:38:32: ninguno

17 Mar 2017, 10:39:12: La rapidez en las citatas y el diagnostico

17 Mar 2017, 10:41:32: Libertad de elección

17 Mar 2017, 10:43:12: Control y selección de personal, evaluación de desempeño, contigo de gasto, incentivos y posibilidad de ascenso ,instalaciones

17 Mar 2017, 10:43:31: Ninguno

17 Mar 2017, 10:44:05: rapidez en atención prevención y diagnosis

17 Mar 2017, 10:44:35: Rapidez

17 Mar 2017, 10:44:38: Mayor inmediatez

17 Mar 2017, 10:44:52: Inmediatez, hostelería

17 Mar 2017, 10:44:53: Acceso más rápido, no hay demoras

17 Mar 2017, 10:46:33: Menor lista de espera

17 Mar 2017, 10:47:57: La gestión de recursos

17 Mar 2017, 10:50:10: Accesibilidad

17 Mar 2017, 10:50:31: el aspecto urgente o patología grave

17 Mar 2017, 10:51:33: Rapidez en la atención

17 Mar 2017, 10:52:53: Eficiencia

17 Mar 2017, 10:56:24: Pago al personal segun su productividad

17 Mar 2017, 10:57:02: la rapidez en las pruebas y tratamientos.

17 Mar 2017, 10:57:48: NINGUNO

17 Mar 2017, 10:58:30: Sistema sostenible económicamente

17 Mar 2017, 10:58:42: Libertad de elección

17 Mar 2017, 10:58:49: menor lista de espera

17 Mar 2017, 11:01:36: Mayor agilidad en la atención.

17 Mar 2017, 11:03:52: AGILIDAD, TIEMPOS TRATO DIRECTO

17 Mar 2017, 11:04:29: Accesibilidad

17 Mar 2017, 11:05:37: Agilidad, Trabajo por objetivos

17 Mar 2017, 11:05:43: Flexibilidad y capacidad de adaptación

17 Mar 2017, 11:05:55: accesibilidad

17 Mar 2017, 11:07:16: Rapidez en ciertas pruebas

17 Mar 2017, 11:08:47: Rapidez

17 Mar 2017, 11:10:35: La rapidez en el acceso a las pruebas

17 Mar 2017, 11:11:11: Rapidez en el acceso a pruebas y al profesional

17 Mar 2017, 11:11:34: La rapidez a la hora de citas, intervenciones y todo tipo de abordajes

17 Mar 2017, 11:12:19: Trato mas personalizado

17 Mar 2017, 11:13:08: Prontitud en las citas

17 Mar 2017, 11:13:21: El adelanto relativo en las pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 11:13:28: La inmediatez

17 Mar 2017, 11:14:05: Más medios diagnósticos y terapéuticos.

17 Mar 2017, 11:14:06: Mejores instalaciones

17 Mar 2017, 11:15:35: Facilidad de citas, se paga por una atención más rápida que tampoco quiere decir mejor.

17 Mar 2017, 11:16:09: Rapidez de atención

17 Mar 2017, 11:17:57: Menor tiempo de espera para realizar pruebas complementarias

Hospitales con habitaciones individuales

17 Mar 2017, 11:18:06: eficiencia

17 Mar 2017, 11:18:24: Inmediatez

17 Mar 2017, 11:19:00: Las facilidad de acceso

17 Mar 2017, 11:19:36: La exigencia que se realiza a los sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares) en el trabajo

diario. En ocasiones probablemente excesiva, pero evitamos que los médicos desaparezcan del hospital a las 12 de la mañana, cosa que sí ocurre en los públicos.

17 Mar 2017, 11:21:01: la rápida atención y citación

17 Mar 2017, 11:21:12: Ideal para atención sanitaria de los problemas sanitarios menos relevantes

17 Mar 2017, 11:21:55: Ninguno

17 Mar 2017, 11:22:10: medios

17 Mar 2017, 11:23:40: El sistema de organización y gestión

17 Mar 2017, 11:23:49: Agilidad en la gestión y valoración del coste-beneficio

17 Mar 2017, 11:24:02: Eficacia

17 Mar 2017, 11:25:16: RAPIDEZ

17 Mar 2017, 11:25:35: los tiempos de espera

17 Mar 2017, 11:25:44: Su mejor imagen

17 Mar 2017, 11:25:55: actualización de procedimientos

17 Mar 2017, 11:26:27: Rapidez en las exploraciones

17 Mar 2017, 11:27:05: La rapidez en procesos banales y estandarizables

17 Mar 2017, 11:28:27: Atención más rápida y personalizada

17 Mar 2017, 11:28:29: Comodidad de las instalaciones hoteleras

17 Mar 2017, 11:29:00: Atención personalizada y

17 Mar 2017, 11:29:52: La accesibilidad de los pacientes (gestión de citas, recepción en los centros, etc) es mejor, más confortable para el usuario.

17 Mar 2017, 11:30:17: Tiempos cortos en la resolución de problemas. Atención personalizada.

17 Mar 2017, 11:30:28: Las citas al especialista no tienen lista de espera de meses como en la seguridad social

17 Mar 2017, 11:32:21: las instalaciones y el trato

17 Mar 2017, 11:32:23: Prontitud

17 Mar 2017, 11:34:24: rapidez en las citas

17 Mar 2017, 11:35:07: ninguno

17 Mar 2017, 11:35:16: rapidez

17 Mar 2017, 11:36:56: La rapidez de acción

17 Mar 2017, 11:37:25: Menos tiempo de espera

17 Mar 2017, 11:38:59: PROFESIONALES, MEDIOS

17 Mar 2017, 11:40:06: Agilidad en el acceso a consultas especializadas y rapidez

17 Mar 2017, 11:41:19: la gestión y los profesionales

17 Mar 2017, 11:42:39: MÁS RAPIDEZ EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS Y CITAS

17 Mar 2017, 11:42:44: Eficiencia

17 Mar 2017, 11:42:46: Gestiona mejor

17 Mar 2017, 11:43:07: rapidez de las pruebas

17 Mar 2017, 11:43:45: mayor rapidez en la atención al paciente

17 Mar 2017, 11:43:45: La rapidez de acción

17 Mar 2017, 11:45:06: Cortas listas de espera. Fácil accesibilidad

17 Mar 2017, 11:45:55: La parte hostelera, habitación y comida

17 Mar 2017, 11:46:34: Rápido acceso

17 Mar 2017, 11:46:40: Accesibilidad

17 Mar 2017, 11:46:48: Rapidez

17 Mar 2017, 11:47:10: Inmediatez

17 Mar 2017, 11:48:50: Rapidez

17 Mar 2017, 11:49:14: Eficiente sin tiempos de espera para cirugía, atención directa por especialistas y no por médicos de familia

17 Mar 2017, 11:49:27: Calidad

17 Mar 2017, 11:49:59: Menor masificación

17 Mar 2017, 11:50:09: Control gasto

17 Mar 2017, 11:51:12: no está supeditada a la idea genial de un político no técnico

17 Mar 2017, 11:52:15: fácil y rápido acceso a especialistas y pruebas diagnósticas.

17 Mar 2017, 11:52:23: La rapidez en la atención

17 Mar 2017, 11:53:13: privacidad

17 Mar 2017, 11:53:41: Ninguno

17 Mar 2017, 11:53:59: Accesibilidad.

17 Mar 2017, 11:54:28: rapidez

17 Mar 2017, 11:54:30: habitaciones con televisión y muchos ramos de flores en los pasillos

17 Mar 2017, 11:56:00: Su menor lista de espera

17 Mar 2017, 11:56:37: la rapidez en la atención, no tener listas de espera

17 Mar 2017, 11:57:11: Calidad profesional y atención rápida

17 Mar 2017, 11:57:18: el paciente decide

17 Mar 2017, 11:58:28: nsnc

17 Mar 2017, 11:58:36: Menor tiempo de espera, fácil acceso, elección directa de especialistas

17 Mar 2017, 11:58:56: .

17 Mar 2017, 11:59:56: rapidez en las pruebas. normal las facturan

17 Mar 2017, 11:59:58: Coste/efectividad

17 Mar 2017, 12:01:06: La adecuada gestión y optimización de recursos

17 Mar 2017, 12:01:27: Modelos de gestión orientados a resultados

17 Mar 2017, 12:01:38: Asistencia personalizada.

17 Mar 2017, 12:02:37: Atención rápida

17 Mar 2017, 12:02:38: Menos pruebas e intervenciones innecesarias

17 Mar 2017, 12:03:55: Rapidez para realización de pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 12:04:08: Más calidad de trato al paciente

17 Mar 2017, 12:05:18: El trato a veces es mejor.

17 Mar 2017, 12:05:27: Gestión

17 Mar 2017, 12:05:35: Cubre demanda de cierto tipo de pacientes. Permite los tratamientos no incluidos en la SS

17 Mar 2017, 12:05:47: Mejor control de los recursos. Mayor valoración de los profesionales en función de su trabajo .

17 Mar 2017, 12:07:00: Atención al paciente

17 Mar 2017, 12:07:17: Algunas novedades científicas y técnicas, así como la hostelería y el confort.

17 Mar 2017, 12:07:17: Ninguno

17 Mar 2017, 12:07:45: Accesibilidad

17 Mar 2017, 12:07:49: Escasa lista de espera, existen centros con muy buenos profesionales, opción de elegir el profesional deseado, comodidad para el paciente

17 Mar 2017, 12:07:55: cumplimiento de objetivos

17 Mar 2017, 12:07:57: Accesibilidad

17 Mar 2017, 12:08:31: su eficiencia
17 Mar 2017, 12:08:40: Rapidez
17 Mar 2017, 12:08:49: Ocasionalmente promueven mejoras en la gestión de este tipo de sistemas, que de otra forma no surgen.
17 Mar 2017, 12:09:18: Libertad de elección
17 Mar 2017, 12:10:06: Acceso rápido al servicio
17 Mar 2017, 12:11:27: Mejor trato
17 Mar 2017, 12:11:31: listas de espera
17 Mar 2017, 12:11:31: MAS RAPIDEZ EN LA ATENCION
17 Mar 2017, 12:11:46: La rapidez en las pruebas
17 Mar 2017, 12:14:40: rapidez en la realización de pruebas
17 Mar 2017, 12:15:33: Se tiene más tiempo para la atención
17 Mar 2017, 12:16:40: Menores listas de espera
17 Mar 2017, 12:17:15: Gestion
17 Mar 2017, 12:17:22: Complementar a la sanidad pública.
17 Mar 2017, 12:17:38: La hostelería
17 Mar 2017, 12:20:17: Rapidez en las prestaciones de los servicios.
17 Mar 2017, 12:21:14: estándares de calidad
17 Mar 2017, 12:23:55: Bien gestionado
17 Mar 2017, 12:24:58: Aspectos de hostelería
17 Mar 2017, 12:25:24: ATENCIÓN AL PACIENTE
17 Mar 2017, 12:25:29: La poca lista de espera
17 Mar 2017, 12:26:21: trato al paciente
17 Mar 2017, 12:26:40: la posibilidad de rentabilidad
17 Mar 2017, 12:26:49: Atención personalizada
17 Mar 2017, 12:29:15: Evitar demoras en lista de espera.
17 Mar 2017, 12:30:08: La rapidez de atención (pruebas rápidas, menor tiempo de atención por especialistas).
17 Mar 2017, 12:30:23: Menos lista de espera en pruebas complementarias.
17 Mar 2017, 12:30:59: mayor rapidez
17 Mar 2017, 12:31:57: Menor lista de espera
17 Mar 2017, 12:32:35: Menor demora
17 Mar 2017, 12:35:09: Mejor gestión
17 Mar 2017, 12:35:34: la tecnología
17 Mar 2017, 12:36:14: Más agilidad en la gestión de los procesos asistenciales.
17 Mar 2017, 12:36:36: La hostelería
17 Mar 2017, 12:37:30: la accesibilidad, libre elección y posibilidad de una segunda opinión.
17 Mar 2017, 12:38:43: La rapidez en la obtención de pruebas diagnósticas
17 Mar 2017, 12:38:45: Tiempos cortos de espera
17 Mar 2017, 12:40:29: Más fácil acceso
17 Mar 2017, 12:40:34: velocidad de hacer las pruebas
17 Mar 2017, 12:40:49: La rapidez tanto para las citas como para las pruebas diagnosticas
17 Mar 2017, 12:43:08: MENOS TIEMPO DE ESPERA
17 Mar 2017, 12:43:21: Menores listas de espera
NEgativamente: pruebas diagnósticas innecesarias que al final crean problemas. En ocasiones tratamientos no claramente indicados.
17 Mar 2017, 12:44:34: La facilidad y rapidez en la atención médica cuando el enfermo tiene los medios económicos suficientes
17 Mar 2017, 12:45:59: Rapidez de atención
17 Mar 2017, 12:48:22: Atención individualizada
17 Mar 2017, 12:49:00: Eficacia, inmediatez
17 Mar 2017, 12:49:25: Sus instalaciones y el acceso a tecnologías
17 Mar 2017, 12:49:51: Gestión económica eficiente
17 Mar 2017, 12:51:39: El trato, la rapidez en el acceso a medios diagnósticos complejos y los resultados en salud
17 Mar 2017, 12:53:07: Son muy variadas. Hay clínicas privadas con muchos aspectos positivos y otras que no deberían tener licencia para tratar pacientes
17 Mar 2017, 12:54:17: La profesionalidad de los trabajadores
17 Mar 2017, 12:54:18: mejora de las listas de espera tanto médica como quirúrgica
17 Mar 2017, 12:54:30: agilidad, velocidad en la petición de pruebas y algunas consultas de importancia...no siempre la velocidad es lo importante, si no es urgente
17 Mar 2017, 12:54:46: La relación médico enfermo
17 Mar 2017, 12:54:47: Rapidez en consultas de menor embergadura
17 Mar 2017, 12:57:53: El menor tiempo de espera para acceder a los especialistas
17 Mar 2017, 12:58:06: Ausencia de listas de espera
17 Mar 2017, 12:58:15: Es barata a día de hoy
17 Mar 2017, 12:58:40: hostelería
17 Mar 2017, 13:02:06: Marketing
17 Mar 2017, 13:02:38: Atención personalizada
17 Mar 2017, 13:03:27: Personalización. Eficiencia
17 Mar 2017, 13:03:35: Continuidad
17 Mar 2017, 13:04:20: La privada tiene buenos profesionales (casi los mismos que por la mañana están en la pública), tienen buenos equipos y generan muchos puestos de trabajo, sanitarios y no sanitarios. Pueden convivir perfectamente en el modelo español, obviamente visto sin demagogia.
17 Mar 2017, 13:04:27: rapidez
17 Mar 2017, 13:06:00: Puede descongestionar a la sanidad pública.
17 Mar 2017, 13:06:55: UTIL EN PROCESOS LEVES
17 Mar 2017, 13:07:05: Sus profesionales
17 Mar 2017, 13:09:36: El negocio.
17 Mar 2017, 13:10:25: La racionalidad. No desaprovechar los recursos. Plantearse la importancia de cada prueba y tratamiento. No disparar con "pólvora del rey" porque total, nadie lo paga.
17 Mar 2017, 13:11:28: La comodidad, menor burocratización
17 Mar 2017, 13:11:49: Mayor rapidez y efectividad
17 Mar 2017, 13:12:38: La disminución de los costes en personal de administración y el mantenimiento de los Centros Sanitarios.
17 Mar 2017, 13:13:04: Que sea voluntario acudir a ella
17 Mar 2017, 13:15:20: Menor despilfarro, mejor gestión, costo mucho menor para el estado
17 Mar 2017, 13:15:55: más rapidez en la primera y siguientes consultas

17 Mar 2017, 13:17:10: Su personal

17 Mar 2017, 13:17:30: Posibilidades de elegir al médico. Listas de espera mucha más cortas. Mayor confianza en el médico por haber sido elegido por el paciente

17 Mar 2017, 13:21:02: mejor gestión

17 Mar 2017, 13:21:43: Accesibilidad

17 Mar 2017, 13:22:01: Reducidos tiempos de espera

17 Mar 2017, 13:22:56: NINGUNO

17 Mar 2017, 13:23:02: Aborda todas las formas de estudio y tratamiento en el menor tiempo.

17 Mar 2017, 13:23:42: La rapidez de pruebas

17 Mar 2017, 13:27:40: Su eficiencia

17 Mar 2017, 13:32:56: El trato que recibe el paciente

17 Mar 2017, 13:33:33: La rapidez y la destreza de hacer las pruebas y Diagnostico

17 Mar 2017, 13:33:48: Rapidez

17 Mar 2017, 13:34:30: Cuidan mucho la relación con los familiares especialmente en residencias de la tercera edad porque hay unos intereses económicos de fondo

17 Mar 2017, 13:34:38: Ajuste económico

17 Mar 2017, 13:35:33: MEJOR CONTROL DE COSTES E INDEPENDENCIA POLITICA

17 Mar 2017, 13:35:57: "Hostelería"

17 Mar 2017, 13:37:31: Menos listas de espera

17 Mar 2017, 13:37:46: LA HABITACIÓN INDIVIDUAL

17 Mar 2017, 13:38:14: Calidad de la atención

17 Mar 2017, 13:39:24: Libre mercado

17 Mar 2017, 13:40:27: la accesibilidad inmediata

17 Mar 2017, 13:40:55: Accesibilidad

17 Mar 2017, 13:41:45: Comodidad

17 Mar 2017, 13:42:10: los desconozco, no tengo experiencia

17 Mar 2017, 13:46:29: La mayor rapidez a la hora de solicitar citas o pruebas complementarias.

17 Mar 2017, 13:47:07: Atención personalizada

17 Mar 2017, 13:48:42: Flexibilidad

17 Mar 2017, 13:49:41: Tecnología puntera, mismos profesionales que en la pública, mucha menos lista de espera para pruebas

17 Mar 2017, 13:50:04: Hay mayor implicación de los profesionales con el paciente y su tratamiento.

17 Mar 2017, 13:51:06: Paciente tiene libre elección.

17 Mar 2017, 13:51:30: La cercanía al paciente y la menor demora de estudios y tratamientos

17 Mar 2017, 13:52:28: Atención para ricos

17 Mar 2017, 13:52:30: Eficiencia

17 Mar 2017, 13:53:11: Menor espera para consulta y pruebas diagnosticas

17 Mar 2017, 13:53:42: El trato al paciente

17 Mar 2017, 13:53:53: Acceso en general, rápido con calidad

17 Mar 2017, 13:56:11: EL acceso a las pruebas diagnosticas.

17 Mar 2017, 13:58:03: Rapidez

17 Mar 2017, 14:00:09: Que se trata mejor al paciente y que los centros suelen estar mejor cuidados que en la sanidad pública

17 Mar 2017, 14:01:49: Instalaciones y hostelería

17 Mar 2017, 14:01:51: Menor tiempo en listas de espera

17 Mar 2017, 14:06:48: rapidez en los diagnósticos y tratamientos

17 Mar 2017, 14:06:49: La inmediatez

17 Mar 2017, 14:06:53: rapidez

17 Mar 2017, 14:07:27: poca lista de espera

17 Mar 2017, 14:07:41: Acceso mas rápido

17 Mar 2017, 14:09:32: la atención personalizada.

17 Mar 2017, 14:12:36: mas rapidez en la atención, menos tiempos de espera para citas con especialidades y cirugías

17 Mar 2017, 14:14:10: Condiciones y confort de las instalaciones

17 Mar 2017, 14:15:25: Ninguno

17 Mar 2017, 14:17:19: El concepto de que "el que paga manda" aunque es positivo ,con frecuencia induce al usuario de la sanidad privada a confundir prestaciones y servicios con profesionalidad ...

17 Mar 2017, 14:19:29: Gestión de recursos

17 Mar 2017, 14:21:12: Descongestión de la pública

17 Mar 2017, 14:22:28: Al atender solo a sus afiliados no tiene tantos pacientes y por lo tanto menos listas de espera

17 Mar 2017, 14:24:34: Es una opción para el que la pueda y quiera pagar

17 Mar 2017, 14:25:33: Rapidez

17 Mar 2017, 14:27:00: Confort y tiempos

17 Mar 2017, 14:28:16: mayor efectividad

17 Mar 2017, 14:28:38: Menor listas de espera y demoras.

17 Mar 2017, 14:31:16: La efectividad

17 Mar 2017, 14:31:54: Celeridad pruebas complementarias y consulta

17 Mar 2017, 14:32:40: Sólo sirve si hay pruebas muy importantes que realizar a la brevedad posible. Un número pequeño de médicos cumple con la ética de la buena atención y acuciosidad en la búsqueda diagnóstica. La mayoría, por las bajas pagas por acto, se someten a las prisas. Los completamente privados, son caros y no siempre cumplen las expectativas que se espera de ellos.

17 Mar 2017, 14:33:45: Los mismos, siempre que se disponga de un buen seguro médico

17 Mar 2017, 14:34:04: Puede uno pagarse lo que quiera que puede ser positivo o negativo a nivel médico.

17 Mar 2017, 14:43:29: La gestión de los recursos, mucho más flexible

17 Mar 2017, 14:45:39: La celeridad en la atención por la disponibilidad de tiempos y personal

17 Mar 2017, 14:46:52: La atención más ágil y el seguimiento del paciente por el mismo médico desde el inicio del proceso hasta el final.

17 Mar 2017, 14:47:54: Comodidad y libertad de elección para el paciente

17 Mar 2017, 14:48:12: Listas de espera cortas

17 Mar 2017, 14:49:41: Instalaciones

17 Mar 2017, 14:50:34: SOSTENIBILIDAD

17 Mar 2017, 14:54:03: Prima la opinión del paciente

17 Mar 2017, 14:55:22: LA RAPIDEZ EN EL DIAGNOSTICO

17 Mar 2017, 14:57:15: Profesionales, infraestructuras, modernidad

17 Mar 2017, 14:57:38: Rapidez

17 Mar 2017, 15:01:16: Normalmente el sistema está menos masificado q la Pública con lo q a veces el paciente se siente mejor atendido

En la privada el paciente acude al médico q el quiere y puede verle siempre el mismo. Esto es algo q no se cumple en la pública

17 Mar 2017, 15:03:41: escasa espera para citas

17 Mar 2017, 15:09:42: Rapidez

17 Mar 2017, 15:10:20: Rapidez

17 Mar 2017, 15:10:34: Trato al paciente

17 Mar 2017, 15:11:09: La rapidez del acceso a la asistencia

17 Mar 2017, 15:14:07: Cuidado de las instalaciones

17 Mar 2017, 15:20:24: Optimización de los recursos.

17 Mar 2017, 15:20:35: Todo es inmediato

17 Mar 2017, 15:24:38: Incentivación económica a los profesionales, lo cual es probablemente el mejor motor de la capacidad de trabajo.

17 Mar 2017, 15:27:58: Libertad

17 Mar 2017, 15:31:04: La menor lista de espera

17 Mar 2017, 15:32:46: La rapidez

17 Mar 2017, 15:33:34: eficacia

17 Mar 2017, 15:36:09: Inmediatez

17 Mar 2017, 15:38:00: 17 Mar 2017, 15:38:47: No hay costes añadidos.

El paciente solo tiene que preocuparse de si mismo

17 Mar 2017, 15:38:48: mejor acceso a las consultas externas, no hay historial unificado

17 Mar 2017, 15:40:03: Buena organización

17 Mar 2017, 15:40:49: Menor masificación

17 Mar 2017, 15:43:52: Velocidad en el diagnóstico y tío, no listas de espera

17 Mar 2017, 15:45:25: Rapidez para realización de pruebas conolementarias sean estas o no necesarias

17 Mar 2017, 15:45:44: Inmediatez

17 Mar 2017, 15:46:19: Mayor preocupación por el bienestar del paciente.

17 Mar 2017, 15:47:00: La rapidez

17 Mar 2017, 15:48:06: Cuidado de las instalaciones

17 Mar 2017, 15:48:55: Acceso directo a especialistas

17 Mar 2017, 15:53:49: Ninguno

17 Mar 2017, 15:54:38: Rentabilidad

17 Mar 2017, 15:55:29: rapidez

17 Mar 2017, 15:58:38: La garantía de buenos profesionales

17 Mar 2017, 16:01:43: Rapidez

17 Mar 2017, 16:03:26: Rapidez

17 Mar 2017, 16:04:34: Más ágil en su gestión y mejor en calidad percibida

17 Mar 2017, 16:05:20: Accesibilidad, rapidez en las citaciones y pruebas

17 Mar 2017, 16:06:24: Rapidez

17 Mar 2017, 16:06:49: La rapidez en acceder a el

17 Mar 2017, 16:09:00: Atención rápida

17 Mar 2017, 16:10:20: Acceso fácil a pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 16:15:13: Mayor preocupación por el bienestar del paciente.

17 Mar 2017, 16:16:31: el mito de la libre elección

17 Mar 2017, 16:20:49: Rapidez,

17 Mar 2017, 16:21:29: Trato personalizado de calidad

17 Mar 2017, 16:22:03: Acceso rápido

17 Mar 2017, 16:25:13: Mejor trato humano al paciente

17 Mar 2017, 16:25:19: La atención personalizada de los pacientes por un mismo profesional, aunque se trabaje dentro de un equipo

17 Mar 2017, 16:27:25: Accesibilidad

17 Mar 2017, 16:29:44: se da importancia sistemas de gestión

Menor grado de politización en cargos gestores

17 Mar 2017, 16:30:35: EFICIENCIA

17 Mar 2017, 16:30:54: Listas de espera

17 Mar 2017, 16:32:21: la buena hostelería de la atención, más facilidad para acceder a información sobre enfermedades no graves

17 Mar 2017, 16:33:39: Menos tiempo de espera en la atención. Acceso directo a especialidades

17 Mar 2017, 16:34:34: Rapidez de atención en listas de espera

17 Mar 2017, 16:38:09: Agilidad al realizar pruebas diagnósticas y consultas con especialistas

17 Mar 2017, 16:49:02: rapidez wn las primeras consultas

17 Mar 2017, 16:51:49: Facilidad de acceso. Listas de espera. Teato medico humabo

17 Mar 2017, 16:54:22: Atención personalizada, rápida y eficaz

17 Mar 2017, 16:58:04: Comodidad

17 Mar 2017, 17:03:17: un lujo al alcance de algunos

17 Mar 2017, 17:09:57: pocas listas de espera

17 Mar 2017, 17:13:23: Inmediatez de atención

17 Mar 2017, 17:13:45: Tiempo de espera corto

17 Mar 2017, 17:19:52: accesibilidad especialistas y respuesta rápida a consultas

17 Mar 2017, 17:23:45: rapidez

17 Mar 2017, 17:25:10: Menos demoras en pruebas diagnósticas y consultas

17 Mar 2017, 17:27:51: La comodidad y la rapidez

17 Mar 2017, 17:32:41: Atención inmediata

17 Mar 2017, 17:35:49: Menor demora

17 Mar 2017, 17:38:21: Eficiencia

17 Mar 2017, 17:40:33: Cuidado personalizado para pacientes más exigentes, con calidad asistencial mejor y más rápida

17 Mar 2017, 17:41:56: El acceso a pruebas diagnosticas en menor tiempo

17 Mar 2017, 17:43:22: Rapidez

17 Mar 2017, 17:44:03: Es muy ágil.

17 Mar 2017, 17:47:37: Realmente y de manera sencilla libre elección de médico y/o centro

17 Mar 2017, 17:48:38: los profesionales

17 Mar 2017, 17:48:57: atención sanitaria rápida, no se espera mucho para que le atienda un especialista

17 Mar 2017, 17:49:39: Profesionales sanitarios

17 Mar 2017, 17:54:03: Tiempo de espera corto para atención sanitaria y pruebas complementarias

17 Mar 2017, 17:54:36: Rapidez en ser visto por especialistas y ser operado. Habitaciones individuales. Atención menos masificada

17 Mar 2017, 17:55:11: Rapidez de pruebas diagnósticas. Optimización de recursos humanos.

17 Mar 2017, 17:56:37: agilidad en atencion
 17 Mar 2017, 18:01:10: Los ingresos hospitalarios se realizan en habitaciones individuales
 17 Mar 2017, 18:03:21: Posibilidad de atención rapida
 17 Mar 2017, 18:07:25: La mejor calidad y el mejor trato al enfermo
 17 Mar 2017, 18:11:24: LA GESTIÓN
 17 Mar 2017, 18:12:46: Menos pacientes
 17 Mar 2017, 18:14:48: .
 17 Mar 2017, 18:16:28: Que el que tenga economia puede atenderse con prioridad
 17 Mar 2017, 18:17:06: Atención personalizada en pacientes q así lo requieren
 17 Mar 2017, 18:18:30: rapidez de acceso
 17 Mar 2017, 18:19:03: Rapidez
 17 Mar 2017, 18:20:20: Frecuentemente la amabilidad en el trato con el paciente
 17 Mar 2017, 18:27:40: Menor demora en listas de espera
 17 Mar 2017, 18:33:51: innovacion
 17 Mar 2017, 18:33:55: Es más rápida en medios diagnósticos
 17 Mar 2017, 18:35:24: Extensa disposición de medicos, pruebas y tratamientos punteros
 17 Mar 2017, 18:38:07: eficiencia
 17 Mar 2017, 18:39:59: NO LO SE
 17 Mar 2017, 18:46:17: La gestión
 17 Mar 2017, 18:49:07: accesibilidad rápida a pruebas y actos médico-quirúrgicos
 17 Mar 2017, 18:50:32: comodidad, escasa lista de espera
 17 Mar 2017, 19:01:56: Accesibilidad
 17 Mar 2017, 19:08:58: Gestion de recursos
 17 Mar 2017, 19:11:43: satisfacción del paciente
 17 Mar 2017, 19:17:47: Rapidez en el acceso a medios diagnósticos y tratamientos
 17 Mar 2017, 19:18:57: Rapidez de atencion
 17 Mar 2017, 19:23:36: tiempo de dedicacion al enfermo y mayor accesibilidad del enfermo al médico. Mejor logistica hotelera en la hospitalización (intimidad y confortabilidad en el enfermo).
 17 Mar 2017, 19:23:54: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:24:22: Libre elección
 17 Mar 2017, 19:26:07: mejor gestion economica
 17 Mar 2017, 19:26:19: Rapidez en citas y pruebas médicas
 17 Mar 2017, 19:26:54: ?
 17 Mar 2017, 19:36:13: Menor lista de espera para especialistas, pruebas diagnósticas y tratamientos médicos o quirúrgicos, debido a la menor masificación de la asistencia.
 17 Mar 2017, 19:36:37: La rapidez de realización de las pruebas diagnósticas
 17 Mar 2017, 19:39:35: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:41:21: Atención casi inmediata
 17 Mar 2017, 19:44:52: Menor lista de espera.
 17 Mar 2017, 19:46:32: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:48:08: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:51:58: Comodidad
 17 Mar 2017, 19:54:02: rapidez atención (bajas lista de espera)
 17 Mar 2017, 19:57:12: Atención al paciente
 17 Mar 2017, 19:57:47: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:59:01: Menos tiempo de espera para consultas/ pruebas/ intervenciones
 17 Mar 2017, 20:00:17: Es mas rápida en consultas, pruebas complementarias
 17 Mar 2017, 20:01:43: Rapidez
 17 Mar 2017, 20:04:19: Rapidez
 17 Mar 2017, 20:05:51: en España nada, es un negocio solo para el dueño de la compañía
 17 Mar 2017, 20:06:02: Atención más rápida y personalizada
 17 Mar 2017, 20:11:14: Los medios técnicos y la rapidez en consultas y gestión de pruebas.
 17 Mar 2017, 20:15:14: Cierta diligencia en pruebas diagnósticas
 17 Mar 2017, 20:18:08: Facilidad de acceso a especialistas y pruebas complementarias para patologías no urgentes y de menor entidad.
 17 Mar 2017, 20:19:25: - Celeridad en la atención sanitaria a los pacientes.
 17 Mar 2017, 20:19:55: Mayor confort hotelero. Mejor trato humano. Acceso directo a casi todas las especialidades
 17 Mar 2017, 20:28:27: Rapidez realización Pruebas complementarias
 17 Mar 2017, 20:32:01: Confortabilidad.
 Rapidez de realización de pruebas.
 Esos son los únicos más importantes, lo demás tiene carencias.
 17 Mar 2017, 20:34:08: listas de espera y demoras en general(no siempre) menores
 17 Mar 2017, 20:34:38: Libertad de elección. Flexibilidad
 17 Mar 2017, 20:37:12: Que no sea un negocio
 17 Mar 2017, 20:38:35: LO IGNORO
 17 Mar 2017, 20:39:30: La optimización de recursos humanos y técnicos
 17 Mar 2017, 20:42:15: menos burocracia y servicios mas agiles
 17 Mar 2017, 20:50:54: Rapidez
 17 Mar 2017, 20:51:40: rapidez
 17 Mar 2017, 20:55:32: La rapidez con la que se puede acceder a las consultas, pruebas y tratamientos además de ser "real" la elección del médico.
 17 Mar 2017, 20:58:01: Instalaciones más cómodas
 17 Mar 2017, 21:03:29: Eficiencia
 17 Mar 2017, 21:06:49: Menor lista de espera
 17 Mar 2017, 21:15:25: Eficiencia económica.
 Menor politización de los cargos administrativos y del cuadro médico
 17 Mar 2017, 21:27:41: Cuidados de hostelería y ausencia de listas de espera prolongadas
 17 Mar 2017, 21:30:45: La ausencia de lista de espera.
 17 Mar 2017, 21:32:22: Ninguno. Quizás la hostelería
 17 Mar 2017, 21:44:32: Que muchos de sus profesionales tienen una experiencia enorme que no se valora, y el personal auxiliar es extraordinario
 17 Mar 2017, 21:49:14: Nula lista de espera
 17 Mar 2017, 21:50:08: Elección de médico
 17 Mar 2017, 22:00:16: Comodidad y rápido acceso
 17 Mar 2017, 22:07:08: Equidad, comodidad, relación directa entre ambas partes, ausencia de funcionarios parásitos, menor coste, selección de los mejores médicos y no de trepas.

17 Mar 2017, 22:13:11: Eficiencia
 17 Mar 2017, 22:15:20: Rapidez
 17 Mar 2017, 22:16:27: Mayor accesibilidad
 17 Mar 2017, 22:20:22: Rapidez
 17 Mar 2017, 22:27:45: Listas de espera mas cortas y en ocasiones mejores instalaciones
 17 Mar 2017, 22:38:01: Rapidez
 17 Mar 2017, 22:44:25: Ganar ellos dinero
 17 Mar 2017, 22:44:42: Rapidez
 17 Mar 2017, 22:58:14: Amabilidad , espacios atractivos
 17 Mar 2017, 22:58:57: Accesibilidad y rapidez de pruebas complementarias
 17 Mar 2017, 22:59:14: La rapidez en las
 Citas
 17 Mar 2017, 23:04:41: la atención mas personalizada
 17 Mar 2017, 23:05:44: Los profesionales. Rapido acceso.
 17 Mar 2017, 23:06:18: menor lista de espera
 17 Mar 2017, 23:12:08: Plazos cortos de asistencia. La inmediatez de la atención
 17 Mar 2017, 23:14:00: listas de espera cortas
 17 Mar 2017, 23:14:30: atención exclusiva, privacidad, posibilidad elegir médico (siempre de que sea real)
 17 Mar 2017, 23:16:07: Se ofrece una buena calidad con un buen trato personal
 17 Mar 2017, 23:18:22: Menos esperas, poder elegir médico, día y horario.
 17 Mar 2017, 23:32:56: La gestión
 17 Mar 2017, 23:34:53: diligencia
 17 Mar 2017, 23:45:05: Rapidez
 17 Mar 2017, 23:46:55: Rapidez
 17 Mar 2017, 23:47:25: menos listas de espera, mas accesibilidad
 17 Mar 2017, 23:51:51: No demoras
 17 Mar 2017, 23:56:53: ESCASA DEMORA
 18 Mar 2017, 00:02:19: Accesibilidad
 18 Mar 2017, 00:04:07: La estion
 18 Mar 2017, 00:12:03: QUE ES MAS OPORTTUNO PARA LOS QUE LO TIENEN YA QUE PUEDES ACCEDER AUN
 ESPECIALISTA MAS RAPIDAMENTE
 18 Mar 2017, 00:21:26: A la carta.
 18 Mar 2017, 00:29:21: La atención personal
 18 Mar 2017, 00:35:29: Accesibilidad
 18 Mar 2017, 00:52:03: Rápida atención
 18 Mar 2017, 00:53:56: Alternativa necesaria para procesos de baja complejidad
 18 Mar 2017, 00:57:51: Libre elección real de médico.
 18 Mar 2017, 01:03:46: Orientado al paciente
 18 Mar 2017, 01:05:57: Menor demora en atención por especialistas
 18 Mar 2017, 01:10:48: Eficiencia
 18 Mar 2017, 01:23:26: No hay listas de espera
 18 Mar 2017, 02:52:43: Diagnóstico en corto plazo.
 18 Mar 2017, 07:42:06: Se gestionan mejor los recursos, se analizan y se intentan evitar los retrasos en las esperas, se
 puede elegir a los profesionales y si alguien no hace bien sus trabajos no tienes q seguir con ese profesional
 18 Mar 2017, 07:55:30: Rapidez
 18 Mar 2017, 08:02:16: Eficiencia
 18 Mar 2017, 08:17:50: La rapidez de entrada y de solicitud de estudios. La sanidad pública está colapsada.
 18 Mar 2017, 08:40:36: Rapidez.
 18 Mar 2017, 08:49:54: menor tiempo de espera
 18 Mar 2017, 08:51:08: LAS GESTIONES SON MAS RAPIDAS
 18 Mar 2017, 08:52:46: RAPIDEZ
 18 Mar 2017, 09:02:52: La rapidez de la realización de las pruebas diagnosticas.
 18 Mar 2017, 09:19:50: Comodidad
 18 Mar 2017, 09:20:44: atención más inmediata así como la profesionalidad del personal, que es el mismo con
 frecuencial que en la pública
 18 Mar 2017, 09:23:54: de calidad
 18 Mar 2017, 09:34:38: Evita demoras y listas de espera
 18 Mar 2017, 09:35:16: Agilidad
 18 Mar 2017, 09:39:32: Es una alternativa a elegir para quien lo desee
 18 Mar 2017, 09:46:57: Rapidez de atención y dedicación
 18 Mar 2017, 09:47:49: Listas de espera cortas.
 18 Mar 2017, 09:50:13: preocupación por la calidad
 18 Mar 2017, 09:57:06: Rapidez
 18 Mar 2017, 09:58:38: La estancia ,habitaciones individuales
 18 Mar 2017, 10:20:45: Posibilidad de escoger el medico tratante y rapidez
 18 Mar 2017, 10:24:40: la gestion
 18 Mar 2017, 10:34:24: La rapidez de atención
 18 Mar 2017, 10:41:11: La rapidez en la atención
 18 Mar 2017, 10:46:13: agendas de especialistas
 18 Mar 2017, 10:49:14: Rapidez
 18 Mar 2017, 11:01:37: Profesionales completamente maduros
 18 Mar 2017, 11:04:42: Atención hospitalaria
 18 Mar 2017, 11:06:09: La rapidez en la atención
 18 Mar 2017, 11:20:03: La agilidad para la atención de los pacientes
 18 Mar 2017, 11:23:12: Accesibilidad
 18 Mar 2017, 11:24:11: Rapidez pruebas complementarias
 18 Mar 2017, 11:31:35: Rapidez en pruebas diagnósticas y tratamientos
 18 Mar 2017, 11:32:25: facilidad de acceso
 18 Mar 2017, 11:40:54: velocidad en citas
 18 Mar 2017, 11:46:06: eficiencia
 18 Mar 2017, 11:48:42: La rapidez en la atencionp
 18 Mar 2017, 11:52:17: Que hay menor lista de espera en determinado.inadas pruebas
 18 Mar 2017, 11:54:41: Rapidez
 18 Mar 2017, 11:55:45: Rapidez en la atención y realización de pruebas
 18 Mar 2017, 11:57:44: La rapiez en las pruebas sencillas
 18 Mar 2017, 12:23:36: Rapidez en acceder a los servicios

18 Mar 2017, 12:29:13: Personalización en el trato y resultados
 18 Mar 2017, 12:43:33: Tiempo de espera corto
 18 Mar 2017, 12:51:19: Rapidez en conseguir asistencia especializada
 18 Mar 2017, 12:55:58: Rapidez
 18 Mar 2017, 13:20:09: En los ingresos, mejor hostelería. Ambiente más exclusivo.
 18 Mar 2017, 13:25:10: algún aspecto de la gestion-
 18 Mar 2017, 13:52:16: accesibilidad
 18 Mar 2017, 14:01:20: La accesibilidad y los menores tiempos de espera para hacerse pruebas diagnósticas o para operarse, probablemente en parte por los cambios realizados en el gasto sanitario
 18 Mar 2017, 14:05:54: Sanidad a medida del paciente
 18 Mar 2017, 14:31:55: Innovación
 18 Mar 2017, 14:53:33: agilidad
 18 Mar 2017, 15:11:35: La rapidez en acceder.
 18 Mar 2017, 15:32:20: la rapidez en la realización de pruebas
 18 Mar 2017, 15:47:48: Rapidez en las pruebas diagnosticas
 18 Mar 2017, 16:31:41: rapidez
 18 Mar 2017, 16:34:04: Eficiencia
 18 Mar 2017, 16:56:49: La gestión de recursos con visión económica
 18 Mar 2017, 17:19:27: la relacion medico-paciente
 18 Mar 2017, 17:30:12: Atención al paciente. No dejan al paciente 4 horas en una sala de espera
 18 Mar 2017, 17:41:58: La hostelería
 18 Mar 2017, 17:57:02: La menor lista de espera para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.
 18 Mar 2017, 18:26:23: Mejor gestión y optimización de los recursos.
 18 Mar 2017, 18:32:48: Menor espera
 18 Mar 2017, 18:44:41: CALIDAD EN LA COMODIDAD DEL ENFERMO
 18 Mar 2017, 18:46:51: No haber listas de espera tan largas como en la pública.
 18 Mar 2017, 19:00:58: Menos listas de espera
 18 Mar 2017, 19:12:47: Inmediatez de resultados, menor demora
 18 Mar 2017, 19:17:30: Tiempos de espera
 18 Mar 2017, 19:18:38: POSIBILIDAD ELECCION. MENORES LISTAS ESPERA
 18 Mar 2017, 19:50:07: comodidad de habitaciones y servicios
 atención mas directa por el especialista elegido
 18 Mar 2017, 19:55:20: Rapidez
 18 Mar 2017, 20:03:17: La atención a la satisfacción del paciente.
 18 Mar 2017, 20:07:56: No tiene listas de espera tan largas como sanidad pública.
 18 Mar 2017, 20:12:12: Más tiempo de dedicación al paciente, rápida realización de pruebas diagnósticas
 18 Mar 2017, 20:14:07: Las citas no demoran mucho tiempo .
 18 Mar 2017, 20:17:25: rapidez en la atención del paciente
 18 Mar 2017, 20:24:55: Atención más personalizada
 18 Mar 2017, 20:28:50: Dar opcion a aquellos pacientes que desean la sanidad privada
 18 Mar 2017, 20:29:20: Calidad de los profesionales
 18 Mar 2017, 20:48:03: prontitud en citas
 18 Mar 2017, 21:04:54: Hostelería
 Rapidez en las pruebas
 18 Mar 2017, 21:20:28: La tecnología y la calidad de la hostelería
 18 Mar 2017, 21:26:07: Ninguno
 18 Mar 2017, 21:26:14: Agilidad
 18 Mar 2017, 21:29:00: La rapidez de la atención al paciente
 18 Mar 2017, 21:29:07: La rapidez de la atención
 La posibilidad de acudir al especialista que se quiera directamente
 La comodidad
 El personal ha de mantener un alto nivel de profesionalidad, ganándose el puesto y la clientela
 18 Mar 2017, 21:41:21: Rapidez de atención
 18 Mar 2017, 21:43:07: Eficiencia
 18 Mar 2017, 21:57:22: Personalización
 18 Mar 2017, 22:10:14: Agilidad en pruebas
 18 Mar 2017, 22:19:30: La rapidez de atención y realización de pruebas complementarias
 18 Mar 2017, 22:39:39: Los de hostelería y confort en hospitales y el menor retraso en el tiempo de atención clínica.
 18 Mar 2017, 23:07:39: Economía
 18 Mar 2017, 23:16:11: Calidad Percibida
 18 Mar 2017, 23:20:52: Rapidez
 18 Mar 2017, 23:45:05: Búsqueda de la satisfacción del
 Paciente
 19 Mar 2017, 00:46:24: Voluntad e iniciativa de trabajo de los médicos
 19 Mar 2017, 01:41:01: Trato al paciente.
 19 Mar 2017, 03:57:12: Celeridad pruebas diagnósticas básicas
 19 Mar 2017, 07:25:55: VALORACION COSTE PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y ATENCION MEDICA
 19 Mar 2017, 07:52:25: Libre elección real
 19 Mar 2017, 08:18:10: Acceso rápido
 19 Mar 2017, 08:43:31: Gestión realizada por gestores profesionales con mucha mayor eficiencia
 19 Mar 2017, 08:44:27: Descarga la pública en cuanto a patología poco importante
 19 Mar 2017, 08:55:38: La búsqueda de satisfacción del paciente
 19 Mar 2017, 09:09:45: Calidad y rapidez en los servicios
 19 Mar 2017, 09:32:52: Menor demora en la atención.
 19 Mar 2017, 09:34:43: La rapidez en la asistencia y acceso a las especialidades
 19 Mar 2017, 09:53:02: La rapidez de las citas con la medicina especializada y su calidad.
 19 Mar 2017, 09:54:19: La menor lista de espera. Mejor gestion en cuanto al tiempo de espera de los pacientes tanto para citas, urgencias , pruebas...
 Otro aspecto serían las instalsciones que en general son mas confortables que en un hospital publico (habitaciones individuales , centros mas nuevos ...)
 19 Mar 2017, 10:39:34: Dudándolo mucho, ajuste calidad-precio
 19 Mar 2017, 10:56:31: menor lista de espera
 19 Mar 2017, 10:59:26: Inmediatez
 19 Mar 2017, 11:10:20: no hay tiempo de espera
 19 Mar 2017, 11:14:52: Permite descargar al sistema público de pruebas y seguimientos de menos envergadura y costes pero que satisfacen al usuario

19 Mar 2017, 11:17:43: su buena gestión en cuanto ala lista de espera para pruebas y consultas
 19 Mar 2017, 12:19:39: Más rapidez en citas para pruebas diagnósticas.
 19 Mar 2017, 12:27:11: Cuidado en el trato al paciente en cuanto a formas, instalaciones
 19 Mar 2017, 12:35:16: Comodidad
 19 Mar 2017, 12:48:09: Menores listas de espera. Mejor hostelería.
 19 Mar 2017, 12:52:14: SE VENDE MUY BIEN ANTE LOS PACIENTES
 19 Mar 2017, 13:01:12: NINGUNO.
 19 Mar 2017, 13:40:48: la rapidez en las pruebas diagnosticas
 19 Mar 2017, 13:42:26: Se ajusta a lo que quiere el cliente.
 19 Mar 2017, 13:59:14: Rapidez
 19 Mar 2017, 14:03:47: Poca demora
 19 Mar 2017, 14:06:30: Gestion
 19 Mar 2017, 14:12:53: comodidad
 19 Mar 2017, 15:19:39: tiempos de estera y respuesta
 19 Mar 2017, 15:44:58: Los tiempos de espera
 19 Mar 2017, 15:49:08: Cubre necesidades que la sanidad pública no cubre
 19 Mar 2017, 16:05:23: Rapidez de pruebas diagnosticas
 19 Mar 2017, 17:41:34: El acceso r=A8=A2pido a profesionales y pruebas
 19 Mar 2017, 18:02:16: Hacer de filtro con más celeridad para derivar los procesos más costosos a la pública, porque la privada no los asume porque no le resultan rentables.
 19 Mar 2017, 18:03:00: La rapidez en las citas y el trato es mas agradable
 19 Mar 2017, 18:06:46: Acceso a su ejercicio de todos los profesionales médicos sin condicionamientos subjetivos (enchufismos. No existen verdaderas bolsas de empleo)
 19 Mar 2017, 18:13:50: El menor tiempo de espera en la atención así como a pruebas
 19 Mar 2017, 18:22:12: Rapidez de realizacion de pruebas
 19 Mar 2017, 18:26:59: Rapidez de realizacion de pruebas
 19 Mar 2017, 18:46:13: Menores listas de espera
 19 Mar 2017, 18:47:02: la atención a la calidad percibida
 19 Mar 2017, 19:29:15: Menores tiempos de espera en general.
 19 Mar 2017, 20:03:50: NO HAY LISTA DE ESPERA
 19 Mar 2017, 20:20:45: Rapidez en la realización de pruebas complementarias y consultas.
 19 Mar 2017, 22:15:22: La rapidez
 19 Mar 2017, 22:52:12: Ninguno
 19 Mar 2017, 22:59:18: En la privada de verdad(el médico es propietario de la empresa), trato más personalizado y humanista.En la privada de aseguradoras, ninguno.
 20 Mar 2017, 00:24:14: El trato a vecesNo miran por los gastos
 20 Mar 2017, 00:53:47: La rapidez, la búsqueda de eficiencia.
 20 Mar 2017, 01:14:25: La rapidez de acceso
 20 Mar 2017, 01:18:04: Eficacia
 20 Mar 2017, 04:13:17: Ninguno
 20 Mar 2017, 07:41:10: El poder acudir a cualquier médico y la rapidez de la pruebas diagnósticas
 20 Mar 2017, 08:09:02: El acceso más rápido
 20 Mar 2017, 08:50:38: Elección del médico y facilidad sin esperas para la atención
 20 Mar 2017, 08:53:01: estética y grado de satisfaccion del paciente
 20 Mar 2017, 09:04:38: Mayor control de gastos
 20 Mar 2017, 09:36:54: Listas de espera mas cortas
 20 Mar 2017, 09:42:24: teórica respuesta a la demanda
 20 Mar 2017, 10:12:42: Rapidez de atención médica
 20 Mar 2017, 10:17:15: Mejor relación médico-paciente. Mejor gestión económica
 20 Mar 2017, 10:37:26: Rapidez
 20 Mar 2017, 10:55:32: menor espera en tratamientos y consultas
 20 Mar 2017, 10:56:55: puede ser un colaborador de la sanidad pública en determinadas áreas mediante convenios puntuales y bien gestionados
 20 Mar 2017, 11:01:49: Aspectos formales de trato al paciente, apariencia de mayor amabilidad, comodidad, menor presión asistencial.
 20 Mar 2017, 11:26:01: No muchos, en todo caso la rapidez en la realización de algunas pruebas
 20 Mar 2017, 11:27:06: La disponibilidad horaria.
 20 Mar 2017, 11:30:39: sus medicos
 20 Mar 2017, 11:42:25: Es más rápido para procesos pequeños, hernias, varices, etc
 20 Mar 2017, 11:52:40: El mayor tiempo para la consulta y la menor lista de espera
 20 Mar 2017, 11:56:42: Competitividad
 20 Mar 2017, 12:01:29: Mayor cercaina al pacdiente; mas operativa
 20 Mar 2017, 12:11:19: Menor demora en el acceso a especialistas y pruebas complementarias
 20 Mar 2017, 12:13:37: Accesibilidad, escasas demoras
 20 Mar 2017, 12:18:23: Ninguno.
 20 Mar 2017, 12:20:24: Accesibilidad y profesionales
 20 Mar 2017, 12:43:02: No existe demora
 20 Mar 2017, 12:44:54: Otra opción para el paciente
 20 Mar 2017, 13:44:46: Garantiza la igualdad en derecho universal a la salud
 20 Mar 2017, 14:00:49: Más ágil, menos lista de espera. Sin embargo, calidad asistencial heterogénea y peligro de primar intereses comerciales
 20 Mar 2017, 14:25:04: Aspectos hosteleros
 20 Mar 2017, 16:16:39: Accesibilidad
 20 Mar 2017, 16:22:57: En general hpercibo mejor calidad en la atención al paciente (menos masificado y con más tiempo para cada uno de ellos) con menores tiempos de esperas para las pruebas diagnósticas y tratamientos
 20 Mar 2017, 16:29:40: La gestión económica.
 20 Mar 2017, 17:20:03: la comodidad y la rapidez
 20 Mar 2017, 17:32:39: Menor lista espera
 20 Mar 2017, 17:41:44: La espera es menor
 20 Mar 2017, 18:12:08: para enfermedades poco importantes aligera lista de espera publica
 20 Mar 2017, 19:06:55: mayor rapidez el realizacion pruebas no urgentes
 20 Mar 2017, 19:10:23: Cuentan con más medios
 20 Mar 2017, 19:25:15: Eficienci
 20 Mar 2017, 19:27:50: La parte hotelera/imagen ofrecida
 20 Mar 2017, 19:28:01: Elección directa del facultativo, acceso a determinadas pruebas y tratamientos no financiados, instalaciones

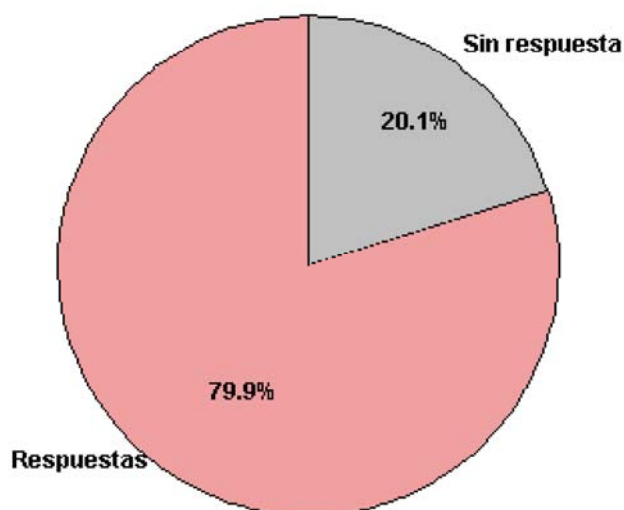
20 Mar 2017, 19:30:25: Mas inversiones iniciales que permiten el acceso a la tecnología.
 20 Mar 2017, 19:49:33: rapidez en la realización de pruebas complementarias
 20 Mar 2017, 19:58:34: PERSONALIZADA
 20 Mar 2017, 20:11:22: Pósta atención
 20 Mar 2017, 20:13:05: rapidez
 20 Mar 2017, 20:21:49: Atención rápida
 20 Mar 2017, 20:22:39: cortos tiempos de espera
 20 Mar 2017, 20:31:45: que parece mas rápida y ágil en las pruebas diagnósticas
 20 Mar 2017, 20:40:21: Cercanía a la persona
 20 Mar 2017, 20:42:16: La rapidez en ser citado
 20 Mar 2017, 21:15:42: Mejor atención y trato al paciente
 20 Mar 2017, 21:18:56: Menos tiempo de espera en la atención y pruebas
 20 Mar 2017, 21:20:00: ATENCIÓN RAPIDA Y PERSONALIZADA
 20 Mar 2017, 21:24:48: Si tienes dinero podrás tener una asistencia lo mas rápida y excelente posible
 20 Mar 2017, 21:40:49: Mucho más tiempo por paciente.
 20 Mar 2017, 21:48:35: Rapidez en las consultas, diagnósticos y tratamientos
 20 Mar 2017, 21:52:25: La rapidez en la atención del paciente
 20 Mar 2017, 22:11:29: Accesibilidad
 20 Mar 2017, 22:52:36: Rápido
 20 Mar 2017, 23:05:25: Mayor comodidad en sus instalaciones y menor demora en las citas
 20 Mar 2017, 23:24:47: Siempre con un mismo profesional
 20 Mar 2017, 23:26:08: facilidad citaciones a medida
 20 Mar 2017, 23:26:25: rapidez en consultas y pruebas diagnosticas
 20 Mar 2017, 23:35:34: Buena, pero con grandes barreras económicas
 20 Mar 2017, 23:55:39: La calidad de la atención
 21 Mar 2017, 00:56:47: su gestión del tiempo y recursos
 21 Mar 2017, 01:06:53: Rentabilidad
 21 Mar 2017, 01:46:59: Calidad/trato
 21 Mar 2017, 05:36:36: Comfort
 21 Mar 2017, 07:54:39: Los tiempos de espera
 21 Mar 2017, 08:12:39: ninguno. Oferten todo tipo de pruebas diagnósticas básicamente por cobrar. La sanidad no puede pagarse ni comprarse.
 21 Mar 2017, 08:49:06: ACCESO RAPIDO Y MEJOR TRATO
 21 Mar 2017, 08:51:09: confortabilidad y servicios hosteleros
 21 Mar 2017, 09:12:24: La organización de cara al paciente
 21 Mar 2017, 09:13:03: Comodidad
 21 Mar 2017, 09:17:03: Ahorro de costes
 21 Mar 2017, 09:23:05: POCAS LISTAS DE ESPERA
 21 Mar 2017, 09:39:35: Rapidez en citas y pruebas
 21 Mar 2017, 09:57:30: inmediatez
 21 Mar 2017, 10:20:13: Los trabajadores no consideran que tienen "un puesto fijo" y se preocupan más por que todo el trabajo salga adelante
 21 Mar 2017, 10:48:16: Accesibilidad y rapidez en realización de pruebas
 21 Mar 2017, 11:16:31: Cercanía y celeridad en el asistencial
 21 Mar 2017, 11:37:39: Mejor gestión de recursos, contratos más decentes
 21 Mar 2017, 11:47:54: Eficacia y rapidez
 21 Mar 2017, 12:01:58: rapidez
 21 Mar 2017, 12:18:40: Menor lista de espera. Mejor trato paciente - médico (el paciente parece que tiene más respeto al médico y lo trata mejor, impresión de que confía más en él). Mayor control del gasto y de los recursos.
 21 Mar 2017, 12:30:30: El control del gasto y la competitividad
 21 Mar 2017, 12:31:53: menos espera en consulta de especialistas y pruebas diagnosticas
 21 Mar 2017, 13:22:46: Rapidez y atención personalizada
 21 Mar 2017, 13:26:53: LA disminución en la espera dada la menor presión asistencial.
 21 Mar 2017, 13:27:05: la facilidad de acceso
 21 Mar 2017, 13:32:42: Accesibilidad y clínica
 21 Mar 2017, 13:41:17: lista de espera corta
 21 Mar 2017, 13:47:52: El acceso más rápido al especialista y la menor lista de espera
 21 Mar 2017, 14:00:26: rapidez en la atención
 21 Mar 2017, 14:09:20: El objetivo es la Eficiencia por encima de la salud del paciente, porque hay que sacar beneficio, esto lleva a seleccionar pacientes y patologías con menor coste
 21 Mar 2017, 14:27:17: Rapidez
 21 Mar 2017, 14:35:14: Atención personal
 21 Mar 2017, 14:42:40: cuidan la hostelería y todos los aspectos externos y de confort.
 Mejor organización jerárquica con los profesionales sanitarios y más claridad en las razones de las decisiones. Interés por la eficiencia
 21 Mar 2017, 14:43:15: innovación, elección,
 21 Mar 2017, 15:06:24: Los tiempos de espera menores.
 21 Mar 2017, 15:45:41: Menores listas de espera
 21 Mar 2017, 15:48:21: que te atienden rápido
 21 Mar 2017, 16:17:47: pronta atención y buen trato
 21 Mar 2017, 17:02:19: Atención personalizada
 21 Mar 2017, 17:04:54: Gestión
 21 Mar 2017, 17:11:54: No tiene listas de espera.
 21 Mar 2017, 18:11:09: El menor tiempo de espera en general para realización de pruebas, revisiones o intervenciones.
 21 Mar 2017, 18:23:16: Acceso a la atención especializada
 21 Mar 2017, 18:29:26: mayor confianza del paciente en su médico porque lo escoge
 21 Mar 2017, 19:08:26: Gestión
 Optimización de recursos
 21 Mar 2017, 19:27:35: Rapidez
 21 Mar 2017, 19:29:36: Facilidad de acceso
 21 Mar 2017, 19:42:19: - la rapidez de acceso a consultas y pruebas diagnósticas
 21 Mar 2017, 19:55:17: Rapidez
 21 Mar 2017, 20:00:42: la amplia gama de horario que oferta y la posibilidad de acceder al especialista de forma directa y la realización de pruebas diagnosticas de forma rápida
 21 Mar 2017, 20:11:10: Para que el puede costearlo, pone a su alcance medios de confort y de control sobre su salud.
 21 Mar 2017, 20:17:55: No veo aspectos positivos

21 Mar 2017, 20:39:04: comodidad y hostelería
 21 Mar 2017, 20:49:27: Rapidez y capacidad de elección
 21 Mar 2017, 20:55:00: Tiempo de espera
 21 Mar 2017, 22:39:55: rapidez
 21 Mar 2017, 23:10:31: Atención más rápida , menos listas de espera.
 21 Mar 2017, 23:14:04: Económico
 21 Mar 2017, 23:54:27: Mayor posibilidad de elección del médico y del centro, menores listas de espera y mayor cercanía al paciente
 22 Mar 2017, 00:00:59: Innovación
 22 Mar 2017, 00:05:20: El trato personal
 22 Mar 2017, 01:19:12: Listas de espera
 22 Mar 2017, 02:35:05: Trato al publico, prontitud en atención y solución de demanda, Eficacia.
 22 Mar 2017, 08:14:17: rapidez y comodidad
 22 Mar 2017, 08:32:54: atencion y realizacion de pruebas certeras sin escatimar costos con el fin de lograr un Diagnostico mas rapido y seguro
 22 Mar 2017, 10:10:18: A veces,más rápida en resolver problemas puntuales y realización de exploraciones complementarias.
 22 Mar 2017, 10:25:06: Comodidad
 22 Mar 2017, 10:30:58: No listas de espera, ni demora en la citación, pruebas, tratamientos, etc
 22 Mar 2017, 10:47:14: Rapidez
 22 Mar 2017, 11:00:30: Accesibilidad(Sin esperas)
 22 Mar 2017, 11:09:29: La posibilidad de dedicar el tiempo necesario a cada paciente
 22 Mar 2017, 11:14:18: Menor lista de espera
 22 Mar 2017, 12:07:28: Mayor rapidez en el atendimento
 22 Mar 2017, 12:21:38: rapidez en las consultas y pruebas
 22 Mar 2017, 12:58:58: Intereses económicos privados
 22 Mar 2017, 13:06:32: Prontitud y accesibilidad a consultas
 22 Mar 2017, 14:19:52: Medios
 22 Mar 2017, 14:37:30: Que es opcional
 22 Mar 2017, 15:43:14: El tener poca lista de espera.
 22 Mar 2017, 16:43:29: Celeridad
 22 Mar 2017, 17:05:02: COMPITE EN CALIDAD CON LA PUBLICA Y EN OCASIONES LA MEJORA
 22 Mar 2017, 17:19:01: rapidez
 22 Mar 2017, 17:24:50: Diagnósticos rápidos con pruebas complementarias y rapidez de tratamiento con menor coste global
 22 Mar 2017, 17:51:51: Te suele atender el mismo médico
 22 Mar 2017, 18:05:40: Accesibilidad
 22 Mar 2017, 18:05:45: Rapidez
 22 Mar 2017, 18:08:06: Celeridad
 22 Mar 2017, 18:19:31: la atencion personalizada
 22 Mar 2017, 18:25:30: rapidez
 22 Mar 2017, 18:26:46: Tiempo de espera
 22 Mar 2017, 18:26:50: Mejores modales
 22 Mar 2017, 19:13:37: la libre elección de medico.
 22 Mar 2017, 19:25:47: rapidez y accesibilidad
 22 Mar 2017, 19:50:06: QUE SE PUEDE OFRECER AL PACIENTE TODAS LAS PRUEBAS QUE PIDA, Y SE SIENTE MAS SATISFECHO Y PRESIONA MENOS AL MEDICO
 22 Mar 2017, 19:52:01: Aporta cosas a las que no llega la publica(rapidez, lentes especiales, etc)
 22 Mar 2017, 20:09:03: Prima el resultado económico de la empresa
 22 Mar 2017, 20:47:15: Mejor gestión de los tiempos tanto de pruebas como de consultas
 22 Mar 2017, 20:58:48: PLAZOS EN LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS
 22 Mar 2017, 21:07:12: tal vez que atienden antes al paciente ,pero con un coste que muchos no pueden permitirse
 22 Mar 2017, 21:45:47: Al atender solo a sus socios tienen menos demora en la atención
 22 Mar 2017, 22:10:56: La Comodidad
 23 Mar 2017, 09:08:40: Que el ciudadano pague le da mayor satisfaccion
 Que no hay funcionarios que dilapidan el dinero de todos con su gestion y el uso y abuso de su tiempo de trabajo
 23 Mar 2017, 10:50:55: Libertad de acción para el medico y el paciente
 23 Mar 2017, 10:53:59: Rápido acceso a consultas y pruebas complemenatrias
 23 Mar 2017, 11:41:54: Hostelería
 23 Mar 2017, 12:41:52: Todo va bien si pagas, pero no todos pueden permitírselo.
 23 Mar 2017, 12:41:57: rapidez , profesionales
 23 Mar 2017, 13:12:20: accesibilidad
 23 Mar 2017, 13:14:52: la inmediatez a veces
 23 Mar 2017, 13:45:18: atención cuidadosa a las personas, no se les trata como 28/
 23 Mar 2017, 18:55:13: Accesibilidad
 23 Mar 2017, 20:45:01: pocas listas de espera
 23 Mar 2017, 22:12:20: Más recursos
 23 Mar 2017, 23:42:28: La comodidad para paciente y familiares. Rapidez en la atención especializada y pruebas diagnósticas
 24 Mar 2017, 10:42:29: La eleccion del facultativo y la menor lista de espera
 24 Mar 2017, 10:46:09: Satisfacción del paciente
 24 Mar 2017, 11:36:20: Bioética.
 24 Mar 2017, 12:36:28: Mejor control y organización de los servicios.
 24 Mar 2017, 17:13:44: La inmediatez
 24 Mar 2017, 18:54:01: descongestiona la pública
 24 Mar 2017, 20:20:30: Excelentes profesionales
 24 Mar 2017, 20:30:23: Profesionalidad y disponibilidad rapida de consultas y pruebas
 24 Mar 2017, 21:04:52: RAPIDEZ EN ALGUNOS RECURSOS
 24 Mar 2017, 21:21:00: Desconozco el funcionamiento de la sanidad privada. Unicamente esta claro que la hosteleria es mejor que la publica
 24 Mar 2017, 21:47:44: acceso
 24 Mar 2017, 21:52:31: La atención sanitaria
 25 Mar 2017, 13:06:29: Personalizacion
 25 Mar 2017, 13:26:38: prontitud en atención y resultados
 25 Mar 2017, 17:41:57: Acceibilidad a especialidades

25 Mar 2017, 18:43:55: Rapidez
 25 Mar 2017, 18:56:04: No hay listas de espera
 25 Mar 2017, 19:37:30: Mejor organización, mejor gestión
 25 Mar 2017, 21:17:10: LA RAPIDEZ DE LOS ESPECIALISTAS
 25 Mar 2017, 21:32:52: No se
 25 Mar 2017, 21:34:08: Rapidez
 25 Mar 2017, 21:34:35: mayor control de los objetivos a cumplir
 26 Mar 2017, 00:42:07: Rapidez
 26 Mar 2017, 16:32:05: La rapidez de las pruebas
 26 Mar 2017, 19:32:33: Eficiencia en el acceso a los Profesionales
 26 Mar 2017, 20:11:43: Está bien para las personas que priman aspectos secundarios como el hecho de tener una habitación individual
 26 Mar 2017, 21:48:44: Menor lista de espera
 26 Mar 2017, 22:08:12: Instalaciones. Horarios de especialistas.
 26 Mar 2017, 22:50:40: La mayor rapidez en el acceso a la atención sanitaria especializada.
 27 Mar 2017, 01:22:14: Eficiencia
 27 Mar 2017, 07:50:53: no la conozco bien
 27 Mar 2017, 10:45:16: La gestión de personal, que permite despedir rápidamente al personal toxico.
 27 Mar 2017, 11:56:50: Rapidez
 27 Mar 2017, 12:36:44: immediated
 28 Mar 2017, 00:05:48: La rapidez en ver al paciente asi como en los resultados (en consulta, pruebas médicas...)
 28 Mar 2017, 00:13:28: Disminuye la carga del sistema público
 28 Mar 2017, 18:23:06: Facilidad de elegir especialista sin médicos intermedios.
 28 Mar 2017, 19:40:26: accesibilidad y rapidez
 28 Mar 2017, 22:59:08: la facilidad para acudir a especialistas de forma directa y la rapidez en la ejecución de pruebas diagnosticas
 29 Mar 2017, 06:51:04: gestión eficiente
 29 Mar 2017, 11:58:42: No lista de espera
 29 Mar 2017, 13:47:29: Buenas maneras
 30 Mar 2017, 01:13:22: MENORES TIEMPOS DE DEMORA
 MAYOR CUIDADO DE INFRAESTRUCTURAS
 30 Mar 2017, 12:05:13: Marketing , Apariencia , salas de espera , recepción diseñadas , amabilidad en la recepción
 30 Mar 2017, 12:16:51: la accesibilidad a especialistas
 31 Mar 2017, 01:34:14: Sostenibilidad.
 31 Mar 2017, 14:23:09: IGUAL
 31 Mar 2017, 20:53:36: mayor facilidad de acceso a especialistas
 2 Apr 2017 , 13:25:50: gestión recursos humanos y gasto
 2 Apr 2017 , 21:15:04: Rapidez en la atención
 3 Apr 2017 , 10:38:54: solo rapidez de la atencion
 3 Apr 2017 , 12:09:18: Menor demora
 4 Apr 2017 , 23:29:11: Rentabilidad y optimización en el uso de las infraestructuras y aparatos
 8 Apr 2017 , 01:20:43: OFRECE ALTERNATIVAS VALIOSAS Y MENORES ESPERAS A QUIEN SE LO PUEDE PAGAR.
 10 Apr 2017, 18:32:39: Menor demora y poder elegir profesional y centro
 11 Apr 2017, 16:32:51: Atencion que quiere el paciente
 17 Apr 2017, 09:57:11: Que se puede elegir centro y medico de verdad.
 17 Apr 2017, 20:19:28: Elección por parte del paciente
 19 Apr 2017, 10:22:25: mayor libertad de acción del medico para solicitar pruebas diagnosticas y para pautar tratamientos
 19 Apr 2017, 10:35:11: Complemento de la pública
 19 Apr 2017, 12:30:58: El rápido acceso a especialistas.
 20 Apr 2017, 12:30:31: La atención sin demora.
 25 Apr 2017, 12:49:16: La alternativa del paciente. y la lista de espera
 25 Apr 2017, 15:21:20: Rapidez en la atención.
 29 Apr 2017, 15:20:29: La labor del personal médico
 1 May 2017 , 18:43:05: Rapidez asistencia al paciente
 17 May 2017, 10:45:46: Menor tiempo de espera
 9 Jun 2017 , 20:38:11: cortas listas de esperas
 3 Jul 2017 , 21:20:41: eficiencia en el manejo de recursos. Minimización de costes. Rapidez resolutive (acortar tiempos de espera)
 9 Jul 2017 , 20:38:14: Libertad de elección de aseguradora.
 3 Aug 2017 , 13:36:22: Accesibilidad inmediata

11) ¿Qué aspecto positivo destacaría como el más importante de la sanidad pública con gestión privada?

		frec.	total
	Sin respuesta	203	20.1%
	Respuestas	805	79.9%



17 Mar 2017, 10:19:48: No creo que tenga ninguno
 17 Mar 2017, 10:25:57: Rapidez
 17 Mar 2017, 10:27:10: No tengo claro lo que es positivo
 17 Mar 2017, 10:31:51: Ligeras ventajas sobre la gestión pública pero el modelo en similar el limitaciones
 17 Mar 2017, 10:36:42: Rapidez
 17 Mar 2017, 10:36:45: Gestión económica
 17 Mar 2017, 10:38:32: ninguno
 17 Mar 2017, 10:39:12: El ahorro
 17 Mar 2017, 10:41:32: Agilidad en la atención
 17 Mar 2017, 10:43:12: Control de gasto
 17 Mar 2017, 10:43:31: Ninguno
 17 Mar 2017, 10:44:05: racionalización de gastos
 17 Mar 2017, 10:44:35: Rapidez
 17 Mar 2017, 10:44:38: Por fin un profesional al frente de la gestión
 17 Mar 2017, 10:44:52: No se me ocurre
 17 Mar 2017, 10:44:53: Ninguno
 17 Mar 2017, 10:50:10: Aprovechamiento de recursos
 17 Mar 2017, 10:50:31: ninguno. rapidez de las pruebas quizá
 17 Mar 2017, 10:51:33: No se me ocurre ninguno
 17 Mar 2017, 10:52:53: Buen control y gestion del sistema
 17 Mar 2017, 10:56:24: Gestion de recursos
 17 Mar 2017, 10:57:02: la calidad humana del personal sanitario a pesar del moving continuo por parte de las consejerías/gobiern
 17 Mar 2017, 10:57:48: NINGUNO
 17 Mar 2017, 10:58:30: Mas económico que sanidad pública
 17 Mar 2017, 10:58:42: Eficiencia y universalidad
 17 Mar 2017, 10:58:49: menos lista de espera
 17 Mar 2017, 11:01:36: Ninguno.
 17 Mar 2017, 11:03:52: ES QUE DEBERIA SER IGUAL CON INDEPENDENCIA DEL QUE GESTIONES
 17 Mar 2017, 11:04:29: .
 17 Mar 2017, 11:05:37: Agilidad, Trabajo por objetivos
 17 Mar 2017, 11:05:43: Gestión al detalle
 17 Mar 2017, 11:05:55: se supone que mayor eficiencia (no lo he podido constatar)
 17 Mar 2017, 11:08:47: Eficiencia
 17 Mar 2017, 11:10:35: La menor lista de espera
 17 Mar 2017, 11:11:11: Rapidez en el acceso a pruebas y al profesional
 17 Mar 2017, 11:11:34: Igual que la anterior
 17 Mar 2017, 11:12:19: productividad
 17 Mar 2017, 11:13:08: Los dos anteriores a la vez
 17 Mar 2017, 11:13:21: Probablemente el ajuste de costes(eficiencia)
 17 Mar 2017, 11:13:28: Por ahora ninguno
 17 Mar 2017, 11:14:05: Gestión más eficaz
 17 Mar 2017, 11:14:06: Mejor aprovechamiento del tiempo
 17 Mar 2017, 11:15:35: La sanidad pública gestionada por privadas reduce listas de espera.
 17 Mar 2017, 11:16:09: Menor gasto en recursos humanos
 17 Mar 2017, 11:17:57: Lo desconozco
 17 Mar 2017, 11:18:06: ?
 17 Mar 2017, 11:18:24: X
 17 Mar 2017, 11:19:00: La eficacia y efectividad con enorme satisfacción de los pacientes
 17 Mar 2017, 11:19:36: Lo mismo que en el privado. Que gerencia tiene poder.
 17 Mar 2017, 11:21:01: ninguna
 17 Mar 2017, 11:21:12: Ninguno, creo que es un desastre de combinación
 17 Mar 2017, 11:21:55: Ninguno
 17 Mar 2017, 11:23:40: La gestión y administracion y el nivel de formación de sus profesionales
 17 Mar 2017, 11:24:02: Eficacia
 17 Mar 2017, 11:25:16: PUBLICA
 17 Mar 2017, 11:25:35: el resolver con una rapidez que la sanidad pública no puede, patologías de primer grado

17 Mar 2017, 11:25:44: Su mejor imagen
 17 Mar 2017, 11:25:55: control de gastos
 17 Mar 2017, 11:26:27: No hay ninguno exclusivo y diferencial sobre la privada y la pública
 17 Mar 2017, 11:27:05: Creo q no es bueno el sobrediagnostico, sobretratamiento y sobreexposicion a pruebas complementarias porque se factura por todo y todo se cobra. Y así pagamos 100 millones de euros al año extras por ejemplo a la FJD
 17 Mar 2017, 11:28:27: Mayor productividad
 17 Mar 2017, 11:28:29: Compromiso bastante razonable entre recursos y efectividad
 17 Mar 2017, 11:29:00: Contención del gasto
 17 Mar 2017, 11:29:52: No creo que tenga ningún aspecto que suponga una ventaja.
 17 Mar 2017, 11:30:17: Lo desconozco
 17 Mar 2017, 11:30:28: no he trabajado en ella no se decir.
 17 Mar 2017, 11:32:21: la eficiencia en el uso de recursos
 17 Mar 2017, 11:32:23: Eficiencia
 17 Mar 2017, 11:34:24: ninguno
 17 Mar 2017, 11:35:07: desconozco
 17 Mar 2017, 11:35:16: si alguien es trabajador, no ve dificultades en desarrollar su carrera
 17 Mar 2017, 11:36:56: ninguno
 17 Mar 2017, 11:37:25: Menos tiempo de espera
 17 Mar 2017, 11:38:59: OPTIMIZACIÓN RECURSOS
 17 Mar 2017, 11:40:06: ninguno
 17 Mar 2017, 11:42:39: MÁS RAPIDEZ EN LAS CITAS Y REALIZACIÓN DE PRUEBAS
 17 Mar 2017, 11:42:44: Eficiencia
 17 Mar 2017, 11:42:46: NINGUNO
 17 Mar 2017, 11:43:02: Atencion
 17 Mar 2017, 11:43:07: buena asistencia
 17 Mar 2017, 11:43:45: mas rapidez en la atencion pero no muy acorde con la calidad en el servicio
 17 Mar 2017, 11:43:45: El control de gasto
 17 Mar 2017, 11:45:06: Ninguno
 17 Mar 2017, 11:45:55: ,Control de costes y rendimiento profesional
 17 Mar 2017, 11:46:34: ninguno
 17 Mar 2017, 11:46:40: Universalidad y accesibilidad y eficiencia
 17 Mar 2017, 11:47:10: Eficiencia
 17 Mar 2017, 11:48:50: Medios
 17 Mar 2017, 11:49:14: Eficiencia
 17 Mar 2017, 11:49:27: Rápido
 17 Mar 2017, 11:49:59: Ninguno
 17 Mar 2017, 11:50:09: Control gasto
 17 Mar 2017, 11:51:12: mayor horario de atencion al publico y realizacion de pruebas a cualquier hora
 17 Mar 2017, 11:52:15: ninguno,
 17 Mar 2017, 11:52:23: Rapidez y medios
 17 Mar 2017, 11:53:13: no lo encuentro
 17 Mar 2017, 11:53:41: Frente al publico bien gestionado ninguno
 17 Mar 2017, 11:53:59: Gestión económica.
 17 Mar 2017, 11:54:28: gestion
 17 Mar 2017, 11:54:30: todo dudoso
 17 Mar 2017, 11:56:00: Ninguna
 17 Mar 2017, 11:56:37: Gestion más optima de los recursos tanto humanos como instalaciones
 17 Mar 2017, 11:57:11: No me gustan los mixtos
 17 Mar 2017, 11:57:18: trato al paciente
 17 Mar 2017, 11:58:28: nsnc
 17 Mar 2017, 11:58:36: Menor tiempo de espera ya que se lleva recursos de la pública que no debería
 17 Mar 2017, 11:58:56: .
 17 Mar 2017, 11:59:56: rapidez ..en las pruebas poco mas
 17 Mar 2017, 11:59:58: Coste/efectividad
 17 Mar 2017, 12:01:06: Gestión de recursos
 17 Mar 2017, 12:02:37: Acceso universal
 17 Mar 2017, 12:03:55: Rapidez para gestión de citas y pruebas diagnosticas
 17 Mar 2017, 12:04:08: Mejor imagen
 17 Mar 2017, 12:05:18: No tengo mucha experiencia.
 17 Mar 2017, 12:05:27: Gestion
 17 Mar 2017, 12:05:35: Ninguno
 17 Mar 2017, 12:05:47: Mejor aprovechamiento de los recursos , adaptando recursos con necesidades.
 17 Mar 2017, 12:07:00: Gestión
 17 Mar 2017, 12:07:17: El menor volumen de gestión de recursos humanos y asistenciales.
 17 Mar 2017, 12:07:17: Ninguno
 17 Mar 2017, 12:07:45: Limpieza
 17 Mar 2017, 12:07:49: Ninguno. Híbrido entre sanidad pública y privada con criterios poco claros
 17 Mar 2017, 12:07:55: ninguno
 17 Mar 2017, 12:07:57: Limpieza
 17 Mar 2017, 12:08:31: ambos anteriormente señalados
 17 Mar 2017, 12:08:40: Equidad
 17 Mar 2017, 12:08:49: Ninguna, creo que se trata de un vicio del sistema.
 17 Mar 2017, 12:09:18: Ninguno
 17 Mar 2017, 12:11:27: Eficacia, mejor trato y mayor efectividad
 17 Mar 2017, 12:11:31: inimización costes
 17 Mar 2017, 12:11:31: NO TENGO OPINION
 17 Mar 2017, 12:11:46: no la conozco lo suficiente
 17 Mar 2017, 12:14:40: ninguno
 17 Mar 2017, 12:15:33: Que emplean mucha gente joven
 17 Mar 2017, 12:16:40: Atencion médica
 17 Mar 2017, 12:17:15: Ninguno
 17 Mar 2017, 12:17:22: Teóricamente una mejor gestión de los recursos, aunque en la práctica esto se ha convertido en un deterioro de la asistencia
 17 Mar 2017, 12:17:38: La hostelería
 17 Mar 2017, 12:21:14: intenta conseguir lo mejor de ambas, pero lamentablemente una gestión privada estará muy

influenciada por el gasto, y si se recorta el presupuesto se disminuye la calidad de la asistencia, eso es un hecho. En la sanidad pública no debe importar en cierta medida el precio de pruebas, tratamientos o intervenciones cuando la patología es grave.

17 Mar 2017, 12:23:55: Bien gestionado

17 Mar 2017, 12:24:58: Los trajes de sedas de directivos que en la publica no eran considerados capaces de prestart un buen servicio

17 Mar 2017, 12:25:24: ATENCIÓN AL PACIENTE

17 Mar 2017, 12:25:29: Se racionalizan más los gastos que en la pública

17 Mar 2017, 12:26:21: gestión eficiente

17 Mar 2017, 12:26:40: la mezcla de ambos intereses, la rentabilidad pero sin escatimar en gastos por obtener la salud

17 Mar 2017, 12:26:49: Mejor control del personal

17 Mar 2017, 12:29:15: El bajo riesgo de quiebra para la empresa privada.

17 Mar 2017, 12:30:08: Posiblemente un uso más racional de los medios disponibles.

17 Mar 2017, 12:30:23: Ningún aspecto positivo, estoy en total desacuerdo con este tipo de gestión.

17 Mar 2017, 12:30:59: No la conozco

17 Mar 2017, 12:32:35: Disminución tiempos espera en patología menor

17 Mar 2017, 12:35:09: mejor gestión

17 Mar 2017, 12:35:34: la gestión

17 Mar 2017, 12:36:14: Ninguno

17 Mar 2017, 12:36:36: Mayor libertad de gestión

17 Mar 2017, 12:37:30: accesibilidad.

17 Mar 2017, 12:38:43: La implicación de los profesionales en la gestión del gasto sanitario

17 Mar 2017, 12:40:29: Satisfacción del usuario con la misma calidad asistencial

17 Mar 2017, 12:40:34: desconozco

17 Mar 2017, 12:40:49: La búsqueda de la eficiencia

17 Mar 2017, 12:43:08: NO LO SE

17 Mar 2017, 12:43:21: Menores listas de espera.

17 Mar 2017, 12:44:34: El compromiso profesional de médicos y gestores

17 Mar 2017, 12:45:59: Gestión de recursos

17 Mar 2017, 12:48:22: Los aspectos anteriores combinados aunque con dudas en equidad y universalidad.

17 Mar 2017, 12:49:00: Universalidad, eficacia

17 Mar 2017, 12:49:25: La gestión de los servicios auxiliares

17 Mar 2017, 12:49:51: Control horarios de trabajo.

17 Mar 2017, 12:51:39: Mayor optimización de los recursos. Trato excelente a los pacientes. Calidad bien medida

17 Mar 2017, 12:53:07: Ninguno

17 Mar 2017, 12:54:17: Igual

17 Mar 2017, 12:54:18: mejora de las listas de espera tanto médica como quirúrgica

17 Mar 2017, 12:54:30: las mismas que en la privada

17 Mar 2017, 12:54:46: Mayor optimización de los recursos

17 Mar 2017, 12:54:47: Rapidez en procesos diagnósticos, y asistenciales de menor embergadura

17 Mar 2017, 12:57:53: Sin nada q destacar

17 Mar 2017, 12:58:06: No tengo referencias

17 Mar 2017, 12:58:15: Permite a la Administración tomar medidas con mayor agilidad

17 Mar 2017, 12:58:40: hostelería

17 Mar 2017, 13:02:06: Fiabilidad

17 Mar 2017, 13:03:27: Resolutividad y eficiencia

17 Mar 2017, 13:03:35: Corta lista de espera

17 Mar 2017, 13:04:20: Tiene de positivo el hecho de que está muy fiscalizada por el regulador público y se le obliga a estar por encima de los estándares máximos de calidad de la pública, ser eficiente y no tener ni listas de espera ni reclamaciones. Es el trato perfecto.

17 Mar 2017, 13:04:27: ¿? Es un modelo de gestión que desconozco

17 Mar 2017, 13:06:55: NINGUNO

17 Mar 2017, 13:07:05: Sus profesionales

17 Mar 2017, 13:09:36: El negocio.

17 Mar 2017, 13:10:25: Tiene lo mejor de lo publico y de lo privado.

17 Mar 2017, 13:11:28: Las direcciones suelen ser privadas y son más economicistas

17 Mar 2017, 13:11:49: No destacaría ningún aspecto positivo

17 Mar 2017, 13:12:38: La menor "burocratización" del personal y con los profesionales mejor dirigidos y hacia un fin común

17 Mar 2017, 13:15:20: Menor despilfarro, mejor gestión, costo mucho menor para el estado

17 Mar 2017, 13:15:55: ninguno

17 Mar 2017, 13:17:10: Su personal

17 Mar 2017, 13:21:02: mejor gestión

17 Mar 2017, 13:21:43: No guño

17 Mar 2017, 13:22:56: NINGUNO

17 Mar 2017, 13:23:02: Su exigencia en el tratamiento a todos los pacientes.

17 Mar 2017, 13:23:42: Más control

17 Mar 2017, 13:27:40: La eficiencia

17 Mar 2017, 13:32:56: LA MEJOR GESTIÓN DE LOS RECURSOS

17 Mar 2017, 13:33:33: El conté de las pruebas

17 Mar 2017, 13:33:48: Hostelería

17 Mar 2017, 13:34:30: Mantiene su independencia ambos sectores con igual interés en los controles.

17 Mar 2017, 13:34:38: Ninguno

17 Mar 2017, 13:35:33: MEJOR CONTROL DECCOSTES

17 Mar 2017, 13:35:57: "Hostelería"

17 Mar 2017, 13:37:46: QUE SABEN VENDER MUY BIEN EL PRODUCTO PERO HACEN TRAMPAS CON LA CARTERA DE SERVICIOS Y LAS DERIVACIONES

17 Mar 2017, 13:38:14: Calidad de la atención

17 Mar 2017, 13:39:24: Facilidad de gestión

17 Mar 2017, 13:40:27: no he trabajado en dich a sanidad

17 Mar 2017, 13:41:45: Accesibilidad

17 Mar 2017, 13:42:10: los desconozco,no tengo experiencia

17 Mar 2017, 13:46:29: La buena dotación en aparataje y en personal cualificado

17 Mar 2017, 13:47:07: Eficiencia

17 Mar 2017, 13:48:42: Agilidad

17 Mar 2017, 13:49:41: Plantilla fija, inversiones más rentables que en la pública

17 Mar 2017, 13:50:04: La atención es mayor y hay más preocupación por el paciente. Los profesionales sanitarios cumplen más con su trabajo y se implican más.

17 Mar 2017, 13:51:06: Búsqueda continua de actualización.

17 Mar 2017, 13:51:30: no lo conozco

17 Mar 2017, 13:52:28: No debería existir

17 Mar 2017, 13:52:30: Cierta control

17 Mar 2017, 13:53:11: Gestión eficiente

17 Mar 2017, 13:53:42: El uso más racional de recursos

17 Mar 2017, 13:53:53: No he trabajado nunca en ese sistema

17 Mar 2017, 13:56:11: Quizás alguna mejora en la gestión.

17 Mar 2017, 13:58:03: Flexibilidad

17 Mar 2017, 14:00:09: Mejor trato

17 Mar 2017, 14:01:49: Instalaciones y hospitalidad y accesibilidad

17 Mar 2017, 14:01:51: Ninguno

17 Mar 2017, 14:06:48: probablemente la eficacia en la gestión

17 Mar 2017, 14:06:49: Ninguno

17 Mar 2017, 14:06:53: rapidez

17 Mar 2017, 14:07:41: Más fluida

17 Mar 2017, 14:09:32: sus medios .

17 Mar 2017, 14:12:36: optimización de recursos

17 Mar 2017, 14:15:25: Los sueldos de los médicos

17 Mar 2017, 14:17:19: Un balance equitativo y proporcionado de prestaciones, servicios, profesionalidad y trato por parte del usuario a los profesionales del ámbito laboral; de otra parte, el reconocimiento al buen ejercicio profesional de los trabajadores en un medio público que permita una retribución económica más justa por consecución de objetivos y reconocimiento de la valía profesional individual de cada trabajador.

17 Mar 2017, 14:19:29: Gestión de recursos

17 Mar 2017, 14:21:12: Id.

17 Mar 2017, 14:22:28: No he visto ninguna, el mismo tratamiento cuesta el doble o más que los de gestión pública

17 Mar 2017, 14:24:34: Ninguna

17 Mar 2017, 14:25:33: Desconozco el sistema

17 Mar 2017, 14:27:00: Tiempos

17 Mar 2017, 14:28:16: atención a todos

17 Mar 2017, 14:28:38: Menor listas de espera y demoras.

17 Mar 2017, 14:31:16: Reducción de costes respecto a la pública

17 Mar 2017, 14:31:54: Celeridad pruebas complementarias y consulta

17 Mar 2017, 14:32:40: Malo. Es tirar el dinero del Estado, y se convierte el trato al paciente en un sucio negocio, en el que hay que ahorrar sobre todas las cosas en vez de brindar una atención decente.

17 Mar 2017, 14:33:45: Atención médica para todos los ciudadanos. Tecnologías punta

17 Mar 2017, 14:34:04: Citas más prontas y con recordatorio, Menor demora en las pruebas

17 Mar 2017, 14:43:29: Las mismas ventajas que la pública y las mismas que la privada.

17 Mar 2017, 14:45:39: Ninguna

17 Mar 2017, 14:46:52: No conozco su funcionamiento

17 Mar 2017, 14:47:54: Igualdad de oportunidades en el acceso a un puesto de trabajo, que no se da en grandes hospitales públicos

17 Mar 2017, 14:48:12: Listas de espera cortas

17 Mar 2017, 14:49:41: Menos lista de espera. Aprovechamiento, en ocasiones por sobreesfuerzo de los trabajadores, de los recursos y consultas.

17 Mar 2017, 14:50:34: EFICIENCIA y SOSTENIBILIDAD

17 Mar 2017, 14:54:03: reúne lo malo de ambos sistemas

17 Mar 2017, 14:55:22: NINGUNO

17 Mar 2017, 14:57:15: Profesionales, mejor gestión, mejores condiciones

17 Mar 2017, 14:57:38: Sin ventajas respecto a los anteriores

17 Mar 2017, 15:01:16: No conozco este sistema

17 Mar 2017, 15:03:41: no se

17 Mar 2017, 15:09:42: Ninguno

17 Mar 2017, 15:10:34: Infraestructura

17 Mar 2017, 15:11:09: La ausencia de "funcionarios"

17 Mar 2017, 15:14:07: Ahorro económico

17 Mar 2017, 15:20:35: Satisfacción paciente

17 Mar 2017, 15:24:38: Flexibilidad frente a lo exclusivamente público (en cuanto a contratación, horarios, remuneración etc)

17 Mar 2017, 15:27:58: Ninguno, es una malversación

17 Mar 2017, 15:31:04: La menor estancia media

17 Mar 2017, 15:32:46: Eficiencia

17 Mar 2017, 15:33:34: eficacia

17 Mar 2017, 15:36:09: Gestión

17 Mar 2017, 15:38:00: El control de la eficiencia sin que sea necesario perder calidad asistencial

17 Mar 2017, 15:38:47: Se derrochan menos recursos quizás

17 Mar 2017, 15:38:48: no entiendo porque tiene que existir

17 Mar 2017, 15:40:03: Equilibrio

17 Mar 2017, 15:40:49: Las nuevas instalaciones creadas o reformadas

17 Mar 2017, 15:43:52: Desconozco

17 Mar 2017, 15:45:25: No le veo aspectos positivos a que empresas privadas saquen negocio de hospitales aparentemente públicos

17 Mar 2017, 15:45:44: Trato al paciente

17 Mar 2017, 15:46:19: Buena disposición del personal a ayudar.

17 Mar 2017, 15:47:00: ninguno

17 Mar 2017, 15:48:06: Ahorro económico

17 Mar 2017, 15:48:55: Ninguno

17 Mar 2017, 15:53:49: Ninguno

17 Mar 2017, 15:54:38: Rentabilidad

17 Mar 2017, 15:55:29: mejor gestión

17 Mar 2017, 15:58:38: No he visto mejoras

17 Mar 2017, 16:01:43: Ahorro

17 Mar 2017, 16:04:34: Optimiza mejor los recursos y funciona como si fuera pública

17 Mar 2017, 16:05:20: Ninguno

17 Mar 2017, 16:06:49: Creo que se presiona demasiado al trabajador(también nos presionan mucho en la sanidad pública) para que sea más económico el manejo del paciente

17 Mar 2017, 16:09:00: Atención rápida

17 Mar 2017, 16:09:33: Trato humano

Trabajó en equipo

Racionalizar recursos

17 Mar 2017, 16:10:20: Gestión eficiente

17 Mar 2017, 16:15:13: Buena disposición del personal a ayudar.

17 Mar 2017, 16:16:31: ninguno

17 Mar 2017, 16:20:49: Eficiencia

17 Mar 2017, 16:21:29: Personal mejor organizado, objetivos más claros.

17 Mar 2017, 16:22:03: Evita los gastos innecesarios por falta de cuidado de "lo que no es de nadie"

17 Mar 2017, 16:25:13: Lo ideal

17 Mar 2017, 16:25:19: Tal como está ahora no veo aspectos positivos que no tengan las otras opciones

17 Mar 2017, 16:29:44: Importancia de sistema de gestión

17 Mar 2017, 16:30:35: COMPETITIVIDAD

17 Mar 2017, 16:30:54: Buena resolución de casos no complicados

17 Mar 2017, 16:32:21: que los profesionales tienen más capacidad de decisión

17 Mar 2017, 16:33:39: Combina las dos premisas anteriores

17 Mar 2017, 16:34:34: Ninguno

17 Mar 2017, 16:38:09: NS/NC

17 Mar 2017, 16:49:02: Ninguno. Es una manera de desamortizar la medicina pública

17 Mar 2017, 16:51:49: Aparataje

17 Mar 2017, 16:54:22: Mejor atención al paciente

17 Mar 2017, 16:58:04: Ninguno

17 Mar 2017, 17:03:17: sanidad para todos con alguna limitación no dependiente de criterios puramente de salud

17 Mar 2017, 17:09:57: mayor agilidad en las citas y mejor mantenimiento de infraestructuras

17 Mar 2017, 17:13:23: Mejor control de recursos

17 Mar 2017, 17:13:45: Tiempo de espera corto

17 Mar 2017, 17:19:52: las posibilidades de la pública con una gestión eficiente de los recursos públicos.

17 Mar 2017, 17:23:45: rapidez y eficacia

17 Mar 2017, 17:25:10: Mayor control del gasto

17 Mar 2017, 17:27:51: Buenos profesionales con gestión más comercial

17 Mar 2017, 17:35:49: La desconozco

17 Mar 2017, 17:38:21: Eficiencia

17 Mar 2017, 17:40:33: Ninguna. Manera para abaratar costes a coste de la calidad asistencial y de una presión sobre los profesionales sanitarios que perjudica a los pacientes y enriquece a las concesionarias y sus accionistas (empresas con ánimo de lucro)

17 Mar 2017, 17:41:56: No podría elegir ninguno

17 Mar 2017, 17:43:22: Amplia cartera de servicios con menor demora.

17 Mar 2017, 17:44:03: En general el paciente no se plantea esta cuestión porque apenas lo nota.

17 Mar 2017, 17:47:37: Cierta grado de incentivación de los profesionales

17 Mar 2017, 17:48:57: atención rápida

17 Mar 2017, 17:49:39: Profesionales sanitarios

17 Mar 2017, 17:52:02: Ofrecen contratos estables, pero con gran escasez de personal sanitario. Trabajo bajo mínimos recursos de personal sanitario (médicos, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, técnicos...etc). A pesar de ser centros públicos pero con gestión privada no se reconocen a los empleados el mismo puntaje a la hora de baremos, ni de tiempos trabajados respecto a centros públicos con gestión estado.

17 Mar 2017, 17:54:03: Ns/nc

17 Mar 2017, 17:54:36: Las mismas que 10

17 Mar 2017, 17:55:11: Ninguno, no le veo sentido.

17 Mar 2017, 17:56:37: agilidad

17 Mar 2017, 18:01:10: Permite un pago más demorado de las pruebas realizadas aunque al final se genere deuda igualmente

17 Mar 2017, 18:03:21: Reducción de gastos

17 Mar 2017, 18:07:25: El algo mejor trato al enfermo

17 Mar 2017, 18:11:24: GESTIÓN Y RECURSOS OPTIMIZADOS

17 Mar 2017, 18:12:46: Ninguno

17 Mar 2017, 18:14:48: .

17 Mar 2017, 18:16:28: Que puede haber colaboración entre ambas partes en beneficio del paciente

17 Mar 2017, 18:17:06: Ninguno

17 Mar 2017, 18:18:30: pocas listas de espera

17 Mar 2017, 18:19:03: Flexibilidad

17 Mar 2017, 18:27:40: Más personal sanitario

17 Mar 2017, 18:33:51: rapidez

17 Mar 2017, 18:33:55: Ninguno

17 Mar 2017, 18:35:24: Ninguno

17 Mar 2017, 18:38:07: eficiencia

17 Mar 2017, 18:39:59: NO LA CONOZCO

17 Mar 2017, 18:46:17: Mejora de la gestión de recursos.

17 Mar 2017, 18:49:07: gestión económica

17 Mar 2017, 19:01:56: Desconozco

17 Mar 2017, 19:08:58: Algunos servicios externalizados

17 Mar 2017, 19:11:43: fines económicos

17 Mar 2017, 19:17:47: Mayor contención de costes

17 Mar 2017, 19:23:36: rapidez en la ejecución de la lista de espera y atención al enfermo sin con ello asegurar la asistencia adecuada del enfermo (personal, medios etc)

17 Mar 2017, 19:24:22: Ninguno

17 Mar 2017, 19:26:07: mezcla de las dos anteriores

17 Mar 2017, 19:26:19: No conozco

17 Mar 2017, 19:26:54: NINGUNO

17 Mar 2017, 19:36:13: Optimización de los recursos (humanos y materiales) con respecto a la sanidad pública: con menor personal y menor cantidad de materiales se atiende a más densidad de población. En otras palabras se hace menos gasto porque se mira más dicho gasto. En la sanidad pública se arrastra cierta inercia derrochadora y ciertas malas costumbres de utilización de recursos hospitalarios para uso propio.

17 Mar 2017, 19:36:37: La buena organización , aunque claramente descuidan la atención social d los pacientes

17 Mar 2017, 19:39:35: Rapidez
 17 Mar 2017, 19:44:52: No lo veo, domina el interés privado con recortes.
 17 Mar 2017, 19:48:08: Eficiencia
 17 Mar 2017, 19:51:58: Comodidad
 17 Mar 2017, 19:54:02: control del gasto
 17 Mar 2017, 19:57:12: Ninguno
 17 Mar 2017, 19:57:47: Es lo peor
 17 Mar 2017, 19:59:01: Ninguno
 17 Mar 2017, 20:00:17: Mejor atencion al paciente
 17 Mar 2017, 20:01:43: Accesibilidad
 17 Mar 2017, 20:04:19: Rapidez
 17 Mar 2017, 20:05:51: es un negocio y como tal tienen que ganar dinero
 17 Mar 2017, 20:06:02: Control de recursos
 17 Mar 2017, 20:07:47: Buena gestión
 17 Mar 2017, 20:11:14: La mezcla de las dos anteriores.
 17 Mar 2017, 20:15:14: Que lamentablemente despierta muchísimas dudas, pese al apoyo político que está recibiendo
 17 Mar 2017, 20:18:08: Lo mismo que en la anterior,
 17 Mar 2017, 20:19:25: - Cobertura de la población del SERMAS.
 17 Mar 2017, 20:19:55: Mayor confort hotelero. Mejor trato humano. Acceso directo a casi todas las especialidades
 17 Mar 2017, 20:28:27: Autogestión de recursos según las necesidades del hospital
 17 Mar 2017, 20:32:01: Ninguno. Es una tomadura de pelo.
 Es vestir los conciertos, dándole la cartera de pacientes directamente a esas empresas privadas que no los tienen ni que atraer o buscar.
 17 Mar 2017, 20:34:08: ninguno
 17 Mar 2017, 20:37:12: ninguno
 17 Mar 2017, 20:38:35: LO IGNORO
 17 Mar 2017, 20:39:30: La optimización de recursos humanos y técnicos
 17 Mar 2017, 20:42:15: el sistema actual recoge lo malo de los dos sistemas
 17 Mar 2017, 20:50:54: Ninguno
 17 Mar 2017, 20:51:40: retribuciones económicas a los médicos
 17 Mar 2017, 20:55:32: Que quita carga asistencial a la Sanidad Pública para procedimientos y procesos sencillos.
 17 Mar 2017, 20:58:01: Prioridad absoluta la salud del paciente y optimización de los recursos disponibles.
 17 Mar 2017, 21:03:29: Eficiencia
 17 Mar 2017, 21:06:49: Mejor eficiencia... Teóricamente
 17 Mar 2017, 21:15:25: Pone en evidencia los pozos de ineficiencia de la pública.
 17 Mar 2017, 21:27:41: Menor tiempo de espera para los procedimientos
 17 Mar 2017, 21:30:45: Ninguna.
 17 Mar 2017, 21:32:22: Mejora algo respecto a la sanidad privada, pero vuelven a priorizar la rentabilidad económica frente a la calidad de la asistencia.
 17 Mar 2017, 21:44:32: Empresas de hacer dinero
 17 Mar 2017, 21:49:14: Mejores contratos a profesionales médicos
 17 Mar 2017, 22:13:11: Eficiencia
 17 Mar 2017, 22:15:20: Ahorro
 17 Mar 2017, 22:16:27: El personal
 17 Mar 2017, 22:27:45: Contratos más estables
 17 Mar 2017, 22:38:01: Modernidad
 17 Mar 2017, 22:44:25: Ninguno
 17 Mar 2017, 22:44:42: Mejor organización de recursos
 17 Mar 2017, 22:58:14: Es más cara para el Estado
 17 Mar 2017, 22:58:57: Gestión
 17 Mar 2017, 22:59:14: Acceso a pruebas diagnósticas
 17 Mar 2017, 23:04:41: la atención más personalizada
 17 Mar 2017, 23:05:44: Los profesionales. Rápido acceso. Buena gestión de los recursos
 17 Mar 2017, 23:06:18: contención del gasto
 17 Mar 2017, 23:12:08: No tengo opinión definida
 17 Mar 2017, 23:14:00: gestión más eficiente
 17 Mar 2017, 23:14:30: gestión de listas de esperas y actividad frenética
 17 Mar 2017, 23:18:22: Que va todo más rápido.
 17 Mar 2017, 23:32:56: No me gusta este sistema
 17 Mar 2017, 23:34:53: ?
 17 Mar 2017, 23:45:05: Accesible
 17 Mar 2017, 23:46:55: No sabría decir
 17 Mar 2017, 23:47:25: -
 17 Mar 2017, 23:51:51: No demoras
 18 Mar 2017, 00:02:19: Control del gasto
 18 Mar 2017, 00:12:03: NO CREO QUE PUEDE SER MUY POSITIVO YA QUE LA PRIVADA ACTUALMENTE Y EN ESTOS CASOS SI ES PÚBLICO CON GESTIÓN PRIVADA LO HACE MÁS BARATO PARA ECONOMIZAR, ESTIMULA MAL A SU TRABAJADOR Y ESTE NO ESTÁ ANIMADO A TRABAJAR CON CALIDAD
 18 Mar 2017, 00:21:26: Ahorro.
 18 Mar 2017, 00:29:21: La rapidez
 18 Mar 2017, 00:35:29: Eficiencia
 18 Mar 2017, 00:53:56: Reducción del gasto sanitario a expensas del personal, aunque ello implica peor calidad y altísima sobrecarga
 18 Mar 2017, 01:03:46: Eficiente
 18 Mar 2017, 01:05:57: Nos/nc
 18 Mar 2017, 01:10:48: Eficiencia
 18 Mar 2017, 01:23:26: Reducen Costes
 18 Mar 2017, 02:52:43: Ahorro en gastos superfluos.
 18 Mar 2017, 07:42:06: Creo q al final se quedan con lo malo de ambos sistemas en vez de con lo bueno
 18 Mar 2017, 07:55:30: Eficacia y eficiencia... todo el mundo trabaja.
 18 Mar 2017, 08:17:50: Se racionalizan más los recursos y controlan mejor el gasto sanitario abusivo por parte del paciente.
 18 Mar 2017, 08:49:54: ninguno
 18 Mar 2017, 08:52:46: ATENCIÓN CLIENTE
 18 Mar 2017, 09:02:52: Posibilidad de pruebas complementarias más rápidas.
 18 Mar 2017, 09:19:50: Ahorro

18 Mar 2017, 09:20:44: el personal, igual que en casos anteriores, junto a los incentivos personales del mismo bajo control empresarial.

18 Mar 2017, 09:23:54: mejor control

18 Mar 2017, 09:34:38: Mejor gestion de recursos y del personal

18 Mar 2017, 09:35:16: Control del gasto

18 Mar 2017, 09:47:49: Ninguno.

18 Mar 2017, 09:50:13: mejor sistema de recompensas

18 Mar 2017, 09:57:06: Universal y rapidez

18 Mar 2017, 09:58:38: La mejor gestión organizacion de los horarios laborales

18 Mar 2017, 10:02:21: Control de costes innecesarios

18 Mar 2017, 10:20:45: El mismo

18 Mar 2017, 10:24:40: el dinamismo

18 Mar 2017, 10:34:24: La rentabilidad de los recursos

18 Mar 2017, 10:41:11: La adecuación del gasto

18 Mar 2017, 10:46:13: lo desconozco

18 Mar 2017, 10:49:14: Personal

18 Mar 2017, 11:01:37: Ninguno

18 Mar 2017, 11:04:42: Organización

18 Mar 2017, 11:06:09: La eficiencia

18 Mar 2017, 11:20:03: Trato mas personalizado

18 Mar 2017, 11:23:12: Eficiencia

18 Mar 2017, 11:24:11: .

18 Mar 2017, 11:31:35: Menos listas de espera

18 Mar 2017, 11:32:25: eficacia y costes

18 Mar 2017, 11:40:54: velocidad para citas

18 Mar 2017, 11:42:08: Quizás que se gestionan mejor los servicios

18 Mar 2017, 11:54:41: Rapidez

18 Mar 2017, 11:55:45: Rapidez en la atención y realización de pruebas

18 Mar 2017, 11:57:44: Un mayor control del gasto

18 Mar 2017, 12:23:36: Quiere aunar ambas ventajas

18 Mar 2017, 12:43:33: Que gestionan la asistencia que tiene larga espera en publico

18 Mar 2017, 12:51:19: Ahorro económico (a coste del servicio y de las condiciones laborales de los profesionales)

18 Mar 2017, 12:55:58: eficiencia

18 Mar 2017, 13:20:09: Lo mismo que el punto 9.

18 Mar 2017, 13:25:10: algún aspecto de la gestión-no la parte de derivar a la pública por puerta entrada urgente cuando ven incremento de gasto

18 Mar 2017, 13:52:16: control gasto

18 Mar 2017, 14:01:20: ns/nc

18 Mar 2017, 14:05:54: Equidad de acceso con incentivos para la excelencia

18 Mar 2017, 14:31:55: Ninguno

18 Mar 2017, 14:53:33: control gasto

18 Mar 2017, 15:11:35: No se decir en que sentido mejora a la sanidad pública o a la privada, quizá más rapidez.

18 Mar 2017, 15:32:20: la accesibilidad

18 Mar 2017, 15:47:48: Buena atención

18 Mar 2017, 16:31:41: no lo tengo claro

18 Mar 2017, 16:34:04: compatibilidad entre universalidad y eficiencia

18 Mar 2017, 16:56:49: Se centran en el ciudadano y gestionan los recursos con visión económica

18 Mar 2017, 17:19:27: cuando un médico se convierte en gestor siempre es un mal medico. No me gusta que la Sanidad Publica tenga gestion privada.

18 Mar 2017, 17:30:12: Optimización de recursos

18 Mar 2017, 17:41:58: La eficiencia

18 Mar 2017, 17:57:02: Ninguno.

18 Mar 2017, 18:26:23: La gestión, no llega a ser tan efectiva como en la sanidad privada, pero es mejor respecto a la pública.

18 Mar 2017, 18:32:48: Menor espera

18 Mar 2017, 18:44:41: MEDIA ENTRE CALIDAD, DINERO Y COMODIDAD DEL ENFERMO

18 Mar 2017, 19:17:30: cuidar su buena imagen

18 Mar 2017, 19:18:38: GESTION MAS CONTROLADA

18 Mar 2017, 19:55:20: Ninguna

18 Mar 2017, 20:03:17: La optimización de los recursos.

18 Mar 2017, 20:07:56: Gestión de recursos

18 Mar 2017, 20:12:12: Gestión más óptima de los recursos

18 Mar 2017, 20:14:07: La calidad del servicio .

18 Mar 2017, 20:17:25: rapidez en la atención del paciente

18 Mar 2017, 20:24:55: ????????

18 Mar 2017, 20:28:50: Ninguno

18 Mar 2017, 20:29:20: Ahorro

18 Mar 2017, 20:48:03: Personal sanitario bien formado que sabe adaptarse a las circunstancias adversas

18 Mar 2017, 21:04:54: Hostelería

18 Mar 2017, 21:20:28: El control de costes

18 Mar 2017, 21:26:07: Ninguno

18 Mar 2017, 21:26:14: Mayor eficiencia

18 Mar 2017, 21:29:00: Mejoraría el trato y la rapidez de la atención al paciente

18 Mar 2017, 21:29:07: No la conozco lo suficiente

18 Mar 2017, 21:41:21: No sé

18 Mar 2017, 21:43:07: Gestion

18 Mar 2017, 21:57:22: Exigencia y control

18 Mar 2017, 22:10:14: Agilidad en atención ambulatorio

18 Mar 2017, 22:19:30: Racionalización de los costes

18 Mar 2017, 23:07:39: Economico

18 Mar 2017, 23:20:52: No conozco

18 Mar 2017, 23:45:05: Listas de espera menores

19 Mar 2017, 00:46:24: voluntad de los médicos

19 Mar 2017, 01:41:01: Combinación de buenos servicios y buena gestión de recursos

19 Mar 2017, 03:57:12: Pacientes complicados y de mayor coste. En cuanto en la privada se complican, los mandan a la pública

19 Mar 2017, 07:25:55: GESTION DE RECURSOS

19 Mar 2017, 07:52:25: La organización

19 Mar 2017, 08:18:10: Evita el funcionariado perpetuo

19 Mar 2017, 08:26:21: Cuidado con el gasto

19 Mar 2017, 08:43:31: No veo ninguna ventaja este modelo, me parece un parche puesto a la sanidad pública ante la mala gestión que sufre de mano de nuestros políticos y una forma encubierta de privatizar servicios esenciales que siempre debería controlar el estado

19 Mar 2017, 08:44:27: Contratos laborales del peesonal

19 Mar 2017, 08:55:38: -

19 Mar 2017, 09:09:45: Calidad, rapidez y accesibilidad a los servicios.

19 Mar 2017, 09:32:52: Menor demora en la atencion.

19 Mar 2017, 09:34:43: Menor tiempo de espera para las especialidades

19 Mar 2017, 09:53:02: El acceso a otras especialidades .menos lista de espera.

19 Mar 2017, 09:54:19: Mejores y mas nuevas instalaciones tal vez

19 Mar 2017, 10:39:34: Nada

19 Mar 2017, 10:56:31: similar a la privada

19 Mar 2017, 10:59:26: La eficiencia económica

19 Mar 2017, 11:10:20: menor tiempo de espera

19 Mar 2017, 11:14:52: Lo más positivo de este modelo es que la variable GESTIÓN siempre está en la ecuación y en la cabeza de todos sus empelados. Y es que la gestión sanitaria, debe ser una asignatura obligatoria.

19 Mar 2017, 11:17:43: su capacidad de absorber pruebas y pacientes de la sanidad pública

19 Mar 2017, 12:19:39: No veo ventajas

19 Mar 2017, 12:27:11: Agilidad en las citas tanto médicas como de pruebas diagnósticas

19 Mar 2017, 12:35:16: Eficiencia

19 Mar 2017, 12:48:09: Mayor eficiencia en la gestión.

19 Mar 2017, 12:52:14: RAPIDEZ DE ACTUACIÓN

19 Mar 2017, 13:01:12: MENOS LISTAS DE ESPERA.

19 Mar 2017, 13:40:48: la universalidad

19 Mar 2017, 13:42:26: Ninguno.

19 Mar 2017, 13:59:14: No tengo elementos suficientes para valorarlo

19 Mar 2017, 14:03:47: Evita quizás malgastar recursos

19 Mar 2017, 14:06:30: Gestion y eficiente

19 Mar 2017, 14:12:53: nada

19 Mar 2017, 15:19:39: ninguno

19 Mar 2017, 15:44:58: Ninguno

19 Mar 2017, 15:49:08: Creo que la gestión del gasto sería mucho más estricta

19 Mar 2017, 16:05:23: Ninguno

19 Mar 2017, 18:02:16: Hacer de filtro también para los procesos más costosos que derivan a la sanidad pública pero cobran ellos por el paciente.

19 Mar 2017, 18:03:00: El tema del personal, la forma de gestionarlo es mas eficaz.

19 Mar 2017, 18:13:50: No me gusta, esas instituciones explotan a los trabajadores sanitarios y no disponen de todas las pruebas ni especialidades para estudio y tto.y no disponen de muchas pruebas diagnósticas. No les veo nada positivo

19 Mar 2017, 18:22:12: -

19 Mar 2017, 18:26:59: -

19 Mar 2017, 18:46:13: Gestión de personal

19 Mar 2017, 18:46:28: EFICIENCIA EN LA GESTION

19 Mar 2017, 18:47:02: la atención a la calidad percibida

19 Mar 2017, 19:29:15: Menores tiempos de espera en general.

19 Mar 2017, 20:03:50: LA GESTION ECONOMICA

19 Mar 2017, 20:20:45: Rapidez en la realización de pruebas complementarias y consultas.

19 Mar 2017, 22:15:22: Una gestión más eficiente

19 Mar 2017, 22:52:12: Peor que los anteriores

19 Mar 2017, 22:59:18: Ninguno

20 Mar 2017, 00:24:14: No miran por los gastos

20 Mar 2017, 00:53:47: Para los profesionales ninguno. para los pacientes la rapidez aunque no siempre con al mejor calidad

20 Mar 2017, 01:14:25: Dependiendo del hospital y su gestión... Algunas empresas saben gestionar mejor que otras...

20 Mar 2017, 01:18:04: Ericacia

20 Mar 2017, 04:13:17: Intentar conseguir un buen servicio y no solo un buen negocio

20 Mar 2017, 07:41:10: Los recursos de los que dispone ,en función del dinero que cuestan determinados tratamientos.

20 Mar 2017, 08:09:02: útil donde no llega la pública

20 Mar 2017, 08:50:38: Buena gestión

20 Mar 2017, 08:53:01: ninguno

20 Mar 2017, 09:04:38: Mayor control de gastos

20 Mar 2017, 09:36:54: ninguno

20 Mar 2017, 09:42:24: teórica respuesta a la demanda

20 Mar 2017, 10:17:15: Combinación universalidad con mejor gestión económica

20 Mar 2017, 10:37:26: No creo que exita hoy en día realmente en España

20 Mar 2017, 10:55:32: es universal

20 Mar 2017, 10:56:55: no contemplo la sanidad publica con gestión privada. El Estado debe administrar y gestionar la Sanidad mediante los mejores gestores.

20 Mar 2017, 11:01:49: Lo desconozco.

20 Mar 2017, 11:26:01: Mi experiencia no es muy buena, el hospital de referencia del centro de salud en el que trabajo es de gestión privada y no funciona bien.

20 Mar 2017, 11:27:06: La agilidad

20 Mar 2017, 11:30:39: los medicos

20 Mar 2017, 11:42:25: Ninguno

20 Mar 2017, 11:56:42: Eficiencia

20 Mar 2017, 12:01:29: La suma de las dos anteriores

20 Mar 2017, 12:11:19: Mejor gestión económica.

20 Mar 2017, 12:13:37: Eficiencia

20 Mar 2017, 12:18:23: Ninguno.

20 Mar 2017, 12:20:24: No veo ninguno positivo

20 Mar 2017, 12:43:02: En Medicina el fin no justifica los medios. No vale todo para conseguir los objetivos

20 Mar 2017, 12:44:54: Sinergia positiva

20 Mar 2017, 13:44:46: Ofrecen una alternativa administrativas q puede señalar rutas a seguir en algunos aspectos de

gestión pero también los defectos administrativos de la gestión centrada en costes
20 Mar 2017, 14:00:49: Competitivo. Gestión más eficiente, menos lista de espera que publicó solo
20 Mar 2017, 14:25:04: Ninguno
20 Mar 2017, 16:16:39: Eficiencia
20 Mar 2017, 16:22:57: Mejor gestión y optimización de los recursos.
20 Mar 2017, 16:29:40: No me gusta el modelo. Se debe contratar un gerente capaz en los hospitales públicos y ya está.
20 Mar 2017, 17:32:39: No se
20 Mar 2017, 17:41:44: Tienen mas dotacion presupuestaria, menos limites de contratar personal
20 Mar 2017, 18:12:08: Ninguno
20 Mar 2017, 19:06:55: mejor gestion de los recursos
20 Mar 2017, 19:10:23: No conozco la sanidad publica con gestión privada
20 Mar 2017, 19:25:15: Eficiencia
20 Mar 2017, 19:27:50: Ninguno
20 Mar 2017, 19:28:01: poca lista de espera
20 Mar 2017, 19:30:25: Mejor labor de marketing y captación de pacientes que la medicina en Centros públicos
20 Mar 2017, 19:49:33: ninguno
20 Mar 2017, 20:11:22: Mejor conservación instalaciones y aparataje
20 Mar 2017, 20:13:05: rapidez
20 Mar 2017, 20:21:49: No hay buena gestión
20 Mar 2017, 20:22:39: cortos tiempos de espera
20 Mar 2017, 20:31:45: que parece más rápida y ágil en las pruebas diagnósticas
20 Mar 2017, 20:40:21: Desconozco
20 Mar 2017, 21:15:42: Mezcla de las otras dos
20 Mar 2017, 21:18:56: Si funciona bien puede cumplir todos los requisitos anteriores
20 Mar 2017, 21:20:00: PREOCUPACION POR LOS INTERESES Y NECESIDADES DEL PACIENTE
20 Mar 2017, 21:24:48: Rapidez en las pruebas diagnosticas
20 Mar 2017, 21:40:49: Mejores instalaciones para el usuario público.
20 Mar 2017, 21:48:35: Rapidez
20 Mar 2017, 21:52:25: No me gusta esta gestión de la sanidad pública pues se crean muchos LOBBYES
20 Mar 2017, 22:11:29: Mejor gestión de recursos
20 Mar 2017, 22:52:36: Eficaz
20 Mar 2017, 23:05:25: Mayor comodidad en sus instalaciones
20 Mar 2017, 23:24:47: Optimización económica para el empresario
20 Mar 2017, 23:26:08: ambas anteriores
20 Mar 2017, 23:26:25: Satisfacción del paciente
20 Mar 2017, 23:35:34: Buena, pero con grandes barreras económicas
20 Mar 2017, 23:55:39: La optimización de recursos
21 Mar 2017, 00:56:47: su gestion del tiempo y recursos
21 Mar 2017, 01:06:53: Menos burocracia
21 Mar 2017, 01:46:59: Calidad/trato
21 Mar 2017, 05:36:36: No despilfarro
21 Mar 2017, 07:54:39: La gestión
21 Mar 2017, 08:12:39: ninguno.
21 Mar 2017, 08:49:06: ACCESO PARA TODA LA POBLACION Y MAS CONTROL
21 Mar 2017, 08:51:09: Profesionales cualificados, servicios hosteleros
21 Mar 2017, 09:12:24: La mejor organizacion de algunos aspectos respecto a la sanidad publica
21 Mar 2017, 09:13:03: Eficacia
21 Mar 2017, 09:17:03: Buena gestión de recursos
21 Mar 2017, 09:23:05: EL DINERO NO ES PROBLEMA PARA ELLOS Y SI SE GASTA, BIEN O MAL, OBTIENEN MAYOR CREDITO AUNQUE SEA A MITAD DEL EJERCICIO
21 Mar 2017, 09:39:35: Rapidez en citas y pruebas
21 Mar 2017, 10:20:13: desconozco el sistema
21 Mar 2017, 10:48:16: Buena atención con aceptables tiempos de espera
21 Mar 2017, 11:16:31: Pretende estar en los 2 ámbitos y creo que optimiza los recursos de la pública de forma mas objetiva.
21 Mar 2017, 11:37:39: Mejor gestión de recursos, contratos más decentes con cobertura universal.
21 Mar 2017, 11:47:54: Eficacia y rapidez
21 Mar 2017, 12:18:40: Inciden más en el control del gasto, optimizan más los recursos.
21 Mar 2017, 12:30:30: Los criterios empresariales de productividad , alejados de los criterios del funcionariado
21 Mar 2017, 12:31:53: Esperas similares a sanidad privada
21 Mar 2017, 13:22:46: Rapidez
21 Mar 2017, 13:26:53: La universalidad con un sistema de control de gastos del que carece la pública
21 Mar 2017, 13:27:05: no encuentro ningún aspecto positivo porque en realidad lo que se hace es sesgar la atención al paciente en función del coste del procedimiento
21 Mar 2017, 13:32:42: El personal humano
21 Mar 2017, 13:41:17: Hospitales más nuevos
21 Mar 2017, 14:00:26: control de calidad
21 Mar 2017, 14:09:20: Cuidan la gestión lo cual es importante también y en algunos casos cuidan la relación primaria-especializada.
21 Mar 2017, 14:35:14: Eficiencia y mejores condiciones para el paciente a coste de una mayor carga para los profesionales
21 Mar 2017, 14:42:40: Dan importancia a la eficiencia.
21 Mar 2017, 14:43:15: rentabilidad
21 Mar 2017, 15:06:24: No encuentro nada positivo.
21 Mar 2017, 15:45:41: No sé
21 Mar 2017, 15:48:21: que no gastan a lo tonto
21 Mar 2017, 16:17:47: atención relativamente temprana
21 Mar 2017, 17:02:19: A efectos de la prestación de servicios es igual que la sanidad pública
21 Mar 2017, 17:04:54: Gestión
21 Mar 2017, 17:11:54: No tiene listas de espera.
21 Mar 2017, 18:11:09: Ninguno.
21 Mar 2017, 18:23:16: Listas de espera
21 Mar 2017, 18:29:26: intenta aunar las dos ventajas
21 Mar 2017, 19:08:26: Universalidad
Cartera de Servicios amplia
Gestión

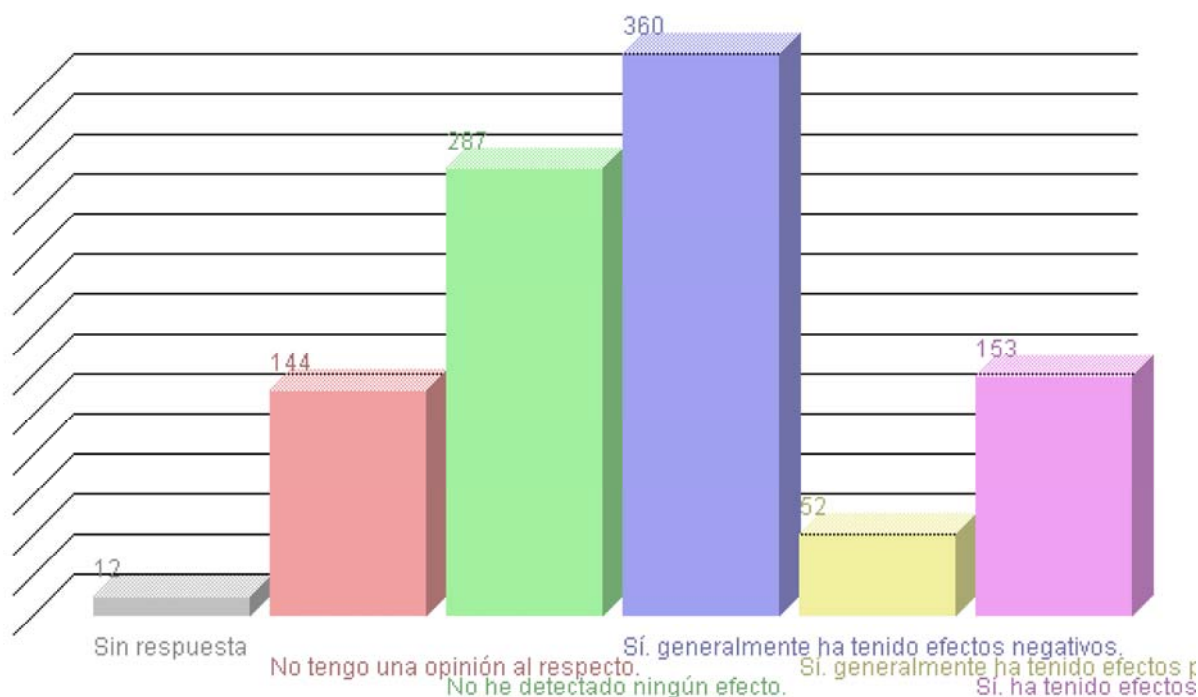
Optimización de recursos

21 Mar 2017, 19:27:35: Ninguno
21 Mar 2017, 19:29:36: Ninguno
21 Mar 2017, 19:55:17: Gestion
21 Mar 2017, 20:00:42: el mejor control del gasto. tanto a nivel de profesionales y control de su actividad como de pruebas diagnosticas a veces imneesarias.
21 Mar 2017, 20:11:10: La estética de una organización que crea la ilusión de interés por su salud.
21 Mar 2017, 20:17:55: No veo aspectos positivos
21 Mar 2017, 20:39:04: no veo ninguna ventaja
21 Mar 2017, 20:49:27: eficiencia
21 Mar 2017, 22:39:55: rapidez
21 Mar 2017, 23:10:31: probablemente una mejor gestión de los recursos disponibles.
21 Mar 2017, 23:14:04: Desconozco
21 Mar 2017, 23:54:27: Mejor utilización de los medios públicos
22 Mar 2017, 00:05:20: La efectividad
22 Mar 2017, 01:19:12: Listas de espera
22 Mar 2017, 02:35:05: Negocio para los propietarios de empresa gestora.
22 Mar 2017, 08:14:17: mejoría de los tiempos de espera
22 Mar 2017, 08:32:54: personal laboral seria mas agradable
22 Mar 2017, 10:10:18: Mejor gestión y menor gasto.
22 Mar 2017, 10:25:06: Administración
22 Mar 2017, 10:30:58: Ninguno
22 Mar 2017, 10:47:14: Mayor rapidez de pruebas médicas
22 Mar 2017, 11:00:30: Ninguno
22 Mar 2017, 11:14:18: Universalidad con mayor control del gasto
22 Mar 2017, 12:07:28: No me parece positivo, este sistema me parece una fuente de corrupción
22 Mar 2017, 12:21:38: mejor control de loOs recursos y el gasto público.
22 Mar 2017, 12:58:58: Intereses económicos privados
22 Mar 2017, 13:06:32: Ninguna
22 Mar 2017, 14:19:52: Medios
22 Mar 2017, 14:37:30: Ninguno
22 Mar 2017, 15:43:14: No lo conozco bien, pero quizá, el mismo que en la privada: poca lista de espera.
22 Mar 2017, 16:43:29: Celeridad
22 Mar 2017, 17:05:02: MAS EFICIENCIA EN LA GESTION DE LOS RECURSOS
22 Mar 2017, 17:19:01: rapidez
22 Mar 2017, 18:05:40: Mejores máquinas para diagnóstico
22 Mar 2017, 18:05:45: Eficaz
22 Mar 2017, 18:08:06: Eficiencia
22 Mar 2017, 18:19:31: buena relacion calidad/precio
22 Mar 2017, 18:25:30: algo mas rápida que la puramente pública
22 Mar 2017, 19:13:37: si es así la libre elección de médicos.
22 Mar 2017, 19:25:47: la disminución de listas de espera, equitación, contratación de efectivos,
22 Mar 2017, 19:50:06: NO TENGO EXPERIENCIA SUFICIENTE, PERO ME IMPRESIONA QUE LA PRESION ECONOMICA ES MUY IMPORTANTE Y NEGATIVA
22 Mar 2017, 19:52:01: Rapidez de cirugías
22 Mar 2017, 20:09:03: Se limita el gasto en cualquier capitulo presupuestario sin consenso social
22 Mar 2017, 20:47:15: Tengo dudas pero quizás mejor control del gasto
22 Mar 2017, 20:58:48: CAPACIDAD DE GESTION
22 Mar 2017, 21:45:47: No he visto ninguno, en mismo tratamiento cuesta el doble que los de gestión publica
22 Mar 2017, 22:10:56: La rapidez de las citas
23 Mar 2017, 09:08:40: El control de la salud publica, la epidemiologia, las vacunas
23 Mar 2017, 10:50:55: Criterio de gestión profesional y no politica
23 Mar 2017, 10:53:59: Rápido acceso a consultas y pruebas complemenatrias
23 Mar 2017, 11:41:54: Celeridad
23 Mar 2017, 12:41:52: Siempre la empresa privada pone límites.La población en numerosas ocasiones hace un uso indebido de la sanidad.
23 Mar 2017, 12:41:57: rapidez
23 Mar 2017, 13:12:20: accesibilidad gratuita
23 Mar 2017, 13:14:52: la inmediatez siempre
23 Mar 2017, 18:55:13: Ninguno
23 Mar 2017, 20:45:01: pocas listas de espera
23 Mar 2017, 22:12:20: Mejor calidad de servicio para el paciente
23 Mar 2017, 22:15:04: Se atiende rápidamente
23 Mar 2017, 23:42:28: Desconozco
24 Mar 2017, 10:42:29: No encuentro aspectos positivos en este tipo de gestion.
24 Mar 2017, 10:46:09: Universalidad
24 Mar 2017, 11:36:20: Bioética.
24 Mar 2017, 12:36:28: Una gestión y organización muy controlada.
24 Mar 2017, 17:13:44: No me parece correcta
24 Mar 2017, 18:54:01: control del gasto en general y del gasto innecesario por abuso de pruebas que a veces se solicitan.
24 Mar 2017, 20:20:30: Atención rápida
24 Mar 2017, 20:30:23: Profesionalidad, excelencia
24 Mar 2017, 21:04:52: ACCESIBILIDAD
24 Mar 2017, 21:21:00: Tampoco conozco como funciona
24 Mar 2017, 21:47:44: ?? acceso , rapidez para el usuario
24 Mar 2017, 21:52:31: La atención sanitaria
25 Mar 2017, 13:06:29: Universalidad
25 Mar 2017, 18:43:55: Control de recursos
25 Mar 2017, 18:56:04: la gestión de los recursos es más eficiente
25 Mar 2017, 19:37:30: Mejor organización, mejor gestión
25 Mar 2017, 21:17:10: NINGUNA
25 Mar 2017, 21:32:52: No se
25 Mar 2017, 21:34:35: no conozco dicho sistema
26 Mar 2017, 00:42:07: Eficiencia
26 Mar 2017, 16:32:05: Mitad mitad

26 Mar 2017, 19:32:33: Disciplina y Eficiencia en todas las categorías de Trabajadores
 26 Mar 2017, 20:11:43: Ninguno
 26 Mar 2017, 21:48:44: No sé
 26 Mar 2017, 22:08:12: Ninguno.
 26 Mar 2017, 22:50:40: mejor aprovechamiento de los recursos.
 27 Mar 2017, 01:22:14: Eficiencia y accesibilidad
 27 Mar 2017, 07:50:53: ninguno
 27 Mar 2017, 10:45:16: La gestión de personal, que permite despedir rápidamente al personal tóxico.
 27 Mar 2017, 11:56:50: Rapidez solo en 1a cita no en revisiones
 27 Mar 2017, 12:36:44: objetivos a cumplir
 28 Mar 2017, 00:05:48: La rapidez en ver al paciente así como en los resultados (en consulta, pruebas médicas...)
 28 Mar 2017, 00:13:28: Optimización de los recursos
 28 Mar 2017, 18:23:06: El supuesto control del gasto, si se realiza de una manera medicamente indicada y no económicamente indicada.
 28 Mar 2017, 22:59:08: Igual que la publica
 29 Mar 2017, 11:58:42: No lista de espera. Buenos equipos medicos.
 30 Mar 2017, 01:13:22: MAYOR OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS
 30 Mar 2017, 12:05:13: Menos listas de espera
 30 Mar 2017, 12:16:51: el ahorro
 31 Mar 2017, 01:34:14: Ninguno.
 31 Mar 2017, 14:23:09: LA RESPONSABILIDAD EN EL MANEJO DE FONDOS PUBLICOS
 31 Mar 2017, 20:53:36: ?????
 2 Apr 2017, 13:25:50: gestión gasto
 2 Apr 2017, 21:15:04: Aprovechamiento de los recursos materiales (Quirófanos, consultas, etc)
 3 Apr 2017, 10:38:54: ni idea
 3 Apr 2017, 12:09:18: Economía
 8 Apr 2017, 01:20:43: LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS.
 10 Apr 2017, 18:32:39: Ninguno
 11 Apr 2017, 16:32:51: Tiene lo positivo de las dos anteriores.
 17 Apr 2017, 09:57:11: No conozco resultados . Pero me parece que el introducir la productividad como un elemento siempre que prevalezca como prioritario la salud (apoyandose lapractica en protocolos internacionales) sería el ideal
 17 Apr 2017, 20:19:28: ninguno
 19 Apr 2017, 10:22:25: Mayor control en cuanto a cumplimiento de horarios y mejor planificación u organización.
 19 Apr 2017, 10:35:11: Ninguno, no aporta nada
 19 Apr 2017, 12:30:58: El rápido acceso a especialistas.
 25 Apr 2017, 12:49:16: La eficacia
 25 Apr 2017, 15:21:20: --
 1 May 2017, 18:43:05: Ninguno
 17 May 2017, 10:45:46: Menor tiempo de espera para primera consulta con especialista
 9 Jun 2017, 20:38:11: gestión más ágil que la pública
 3 Jul 2017, 21:20:41: gestión de recursos
 9 Jul 2017, 20:38:14: Probabilidad de que sea rentable ; y no quiebre.
 3 Aug 2017, 13:36:22: Optimización de recusus

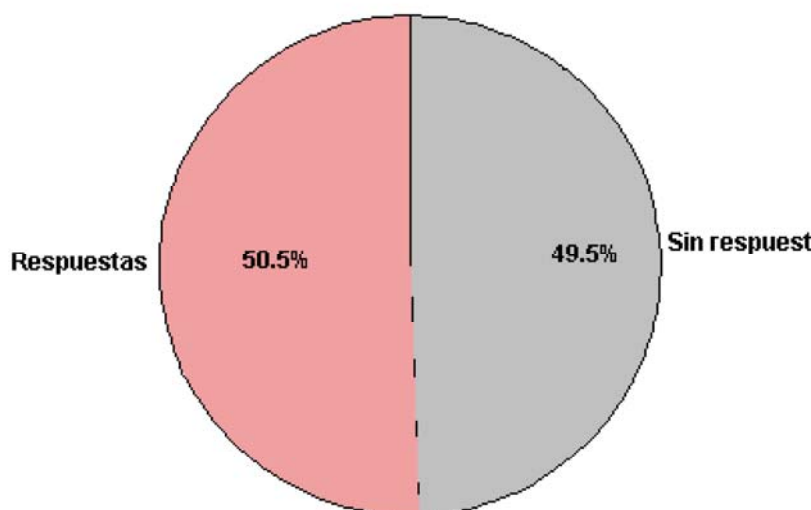
12) Con el Real Decreto-Ley 16/2012 se modificó la condición de asegurado (se restringió el acceso universal y gratuito a la atención primaria y especializada), la financiación farmacéutica (se introdujo el copago por renta y la receta por principio activo) y se definió una cartera básica de servicios. ¿Ha notado usted algún efecto en la salud con la aplicación de esta ley?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	12	1.2%	
No tengo una opinión al respecto.	144	14.3%	14.5%
No he detectado ningún efecto.	287	28.5%	28.8%
Sí, generalmente ha tenido efectos negativos.	360	35.7%	36.1%
Sí, generalmente ha tenido efectos positivos.	52	5.2%	5.2%
Sí, ha tenido efectos tanto negativos como positivos.	153	15.2%	15.4%



13) Si cree que sí ha tenido efectos en la salud (ya sean negativos o positivos), por favor detállelos brevemente.

	frec.	total
Sin respuesta	499	49.5%
Respuestas	509	50.5%



17 Mar 2017, 10:19:48: Perdida de confianza en la sanidad pública
 17 Mar 2017, 10:25:57: Mala adherencia al tto
 Falta de atención sanitaria universal
 17 Mar 2017, 10:31:51: Inequidad
 17 Mar 2017, 10:39:12: no he notado ningun efecto
 17 Mar 2017, 10:41:32: Problemas en el acceso a la sanidad publica en sectores marginales, con riesgo de extension de patologías infecciosas
 17 Mar 2017, 10:43:12: Negativo: población de escasos recursos y fármacos
 Positivo: control del abuso por part del usuarios
 17 Mar 2017, 10:43:31: Pacientes que dejan sus tratamientos porque no los pueden pagar, problemas de salud pública por la no atención de pacientes diana para enfermedades de transmisión y de declaración obligatoria. Enfermedades leves que pasan a ser graves por el no tratamiento temprano. Muertes
 17 Mar 2017, 10:44:05: Menor gasto en centros de salud y mayor en hospitales
 17 Mar 2017, 10:44:35: Tratamientos que el paciente rechaza por el coste.
 17 Mar 2017, 10:44:52: Los pacientes no pueden seguir los tratamientos, por sus costes
 17 Mar 2017, 10:46:33: Mejor cumplimiento terapéutico en pacientes con mayor copago
 17 Mar 2017, 10:50:31: no adherencia a algunos tratamientos

17 Mar 2017, 10:52:53: Muchas personas no pueden costearse los tratamientos

17 Mar 2017, 10:57:02: se ha cortado algo el gasto farmacéutico y sanitario.

17 Mar 2017, 10:57:48: EL ALCANCE A TODO TIPO DE GASTO SANITARIO DEBERÍA SER GRATUITO PARA EL USUARIO

17 Mar 2017, 11:01:36: Abandono de tratamientos farmacológicos por falta de recursos económicos.

17 Mar 2017, 11:03:52: LA FINANCIACIÓN FARMACÉUTICA ES EL ESTADO EL FIJA EL PRECIO DE VENTA NO DEBERÍA EXISTIR COPAGO PARA DETERMINADAS SITUACIONES PERSONALES

17 Mar 2017, 11:04:29: .

17 Mar 2017, 11:05:37: Población inmigrante desatendida

17 Mar 2017, 11:05:43: Si, negativos. Mal cumplimiento terapéutico por imposibilidad del pago.

abandono de tratamientos.

Miedo a que la atención fuera cobrada...

17 Mar 2017, 11:10:35: Ha puesto en peligro la salud de personas que perdieron el acceso a la tarjeta sanitaria teniendo enfermedades previas, bien porque la complicación de las mismas no se consideraba tratamiento de la misma enfermedad y por tanto limitaba el acceso a los estudios necesarios (por ejemplo cardiopatía isquémica en un paciente previamente hipertenso y diabético), bien porque imposibilitaba el acceso a los fármacos (por ejemplo, paciente trasplantado al que se le mantiene el seguimiento pero que debe afrontar el 100% del coste de los tratamientos crónicos)

17 Mar 2017, 11:11:11: Aunque en un pequeño porcentaje de la población sí que se han quedado desatendidas (sobre todo inmigrantes)

17 Mar 2017, 11:11:34: Si bien es cierto que la UE está analizando y adoptando medidas que permiten optimizar sus modelos asistenciales y farmacéuticos, pero algunos países en los que más se han sentido la crisis están en peor situación. Las medidas adoptadas en cuanto a las carteras común básica y suplementaria, además de la de los servicios accesorios. Al igual que el copago farmacéutico según la renta, me parece bien.

17 Mar 2017, 11:13:21: Se abandonan algunos tratamientos

17 Mar 2017, 11:13:28: Sobre todo en pensionistas con tratamientos crónicos que hay meses que no lo pueden pagar

17 Mar 2017, 11:14:05: Personas sin cobertura sanitaria. Prestaciones farmacéuticas limitadas

17 Mar 2017, 11:15:35: Dificultad para atender a ciertas personas en otros hospitales.

Dificultad para acceso de medicamentos.

17 Mar 2017, 11:17:57: Gasto más racional en medicamentos. Menor turismo sanitario

17 Mar 2017, 11:19:36: Hay pacientes, que no han podido ser diagnosticados en un momento determinado por no tener papeles en regla. No se le podían solicitar pruebas más allá de urgencias...

17 Mar 2017, 11:22:10: no cumplimiento de ttº o problemas económicos

17 Mar 2017, 11:23:40: La restricción al acceso universal aumento la consulta en las Urgencias sin aumentar el personal ni los recursos.

17 Mar 2017, 11:23:49: Ha excluido a algunas personas del sistema y ha introducido un mecanismo de concienciación con el copago

17 Mar 2017, 11:25:44: ha dificultado la accesibilidad real.

17 Mar 2017, 11:25:55: condiciona la atención del paciente

17 Mar 2017, 11:26:27: Accesibilidad reducida; no adherencia al tratamiento en rentas bajas.

17 Mar 2017, 11:27:05: Repunte de enfermedades infecciosas en áreas de bajo nivel socioeconómico y repunte de enfermedades prevenibles y crónicas por ausencia de cobertura económica de tratamientos. Aumento de visitas a urgencias por mal cumplimiento de tratamientos como los laxantes por motivos económicos. En los ancianos esto es un problema grave

17 Mar 2017, 11:29:52: La receta por principio activo es positiva por el ahorro que supone, el copago ha supuesto para algunos pacientes limitación a la hora de pagar tratamientos.

17 Mar 2017, 11:30:17: Menor abuso

17 Mar 2017, 11:35:07: en general creo que el trabajo de médico cada vez está más deprimente, malos salarios. contratos paupérrimos de días o semanas sin ningún tipo de estabilidad. y finalmente el paciente es quien sufre un mal servicio por médicos quemados por el sistema.

17 Mar 2017, 11:36:56: sobre todo en el acceso universal y gratuito a todo el que lo necesite

17 Mar 2017, 11:40:06: fundamentalmente proporcionar una mala atención

17 Mar 2017, 11:42:39: HAY PACIENTES QUE NO PUEDEN PAGAR LA MEDICINA Y QUE EL ACCESO A LA SANIDAD PÚBLICA ES DIFÍCIL

17 Mar 2017, 11:42:46: Un sector de la población no es atendida.

Los medicamentos son más caros para algunas personas.

17 Mar 2017, 11:43:07: patologías no tratadas por falta de dinero

17 Mar 2017, 11:43:45: negativos para los pensionistas y parados

17 Mar 2017, 11:43:45: Se ha reducido algo la petición de fármacos por uso a demanda

17 Mar 2017, 11:46:34: Ha concedido al farmacéutico la posibilidad de elegir la prescripción contrabiniendo en ocasiones la opinión médica.

Los continuos cambios de fármaco confunden a los pacientes y llevan a errores en el mantenimiento del tratamiento.

17 Mar 2017, 11:48:50: Peor atención

17 Mar 2017, 11:49:27: Pérdida de servicios

17 Mar 2017, 11:49:49: Hay pacientes que no han tomado su medicación crónica

17 Mar 2017, 11:49:59: Menor abuso en la utilización

Algún paciente desatendido

17 Mar 2017, 11:52:15: Se ha limitado el todo gratis para todos y el turismo sanitario.

17 Mar 2017, 11:53:13: Limitación de acceso para ciertas personas vulnerables

17 Mar 2017, 11:53:41: Exclusión sanitaria

17 Mar 2017, 11:54:30: Listas de espera más prolongadas

Externalización de pruebas y tratamientos hacia concertadas, con personal de dudosa acreditación

17 Mar 2017, 11:58:28: he tenido pacientes que han tenido que abandonar y otros variar su tratamiento por razones económicas, he tenido pacientes que al volver de emigrar solo he podido atenderlos de forma urgente...

17 Mar 2017, 11:58:36: Menor acceso inmigrantes, menor cumplimiento tratamiento, peligro para la salud pública

17 Mar 2017, 11:58:56: menos acceso a determinadas medicinas

17 Mar 2017, 11:59:56: los pacientes no compran los medicamentos por falta de recursos es decir hay baja adherencia por motivos económicos

17 Mar 2017, 11:59:58: Negativos: No cobertura universal

Positivos: Menor gasto

17 Mar 2017, 12:01:27: Limitaciones en el acceso a la prestación sanitaria

Penalización injusta en la atención farmacéutica de los que más atención necesitan

Mobilización social para revertir los cambios del RDL 16/2012

17 Mar 2017, 12:04:08: Masificación de los servicios

Aumento del gasto hospitalario

17 Mar 2017, 12:05:35: Incumplimiento de tratamientos. Retraso en los diagnósticos.

17 Mar 2017, 12:05:47: Difícil de explicar en pocas líneas

17 Mar 2017, 12:07:00: Limitación acceso a medicación de algunos pacientes como negativo.

Positivo, q este copago ha conseguido que los pacientes compren lo necesario

17 Mar 2017, 12:07:17: Negativos por la discriminación e inequidad en personas vulnerables.

Positivos en el reconocimiento explícito de saber que todo cuesta y tiene un precio, que no hay que derrochar.

17 Mar 2017, 12:07:17: Es peor

17 Mar 2017, 12:07:45: Pacientes que abandonan tratamiento

17 Mar 2017, 12:07:49: Pacientes han dejado de tomar parte de la medicación por coste que les supone. Creo que a largo plazo esto supone un mayor gasto para el estado dado que es probable que aumenten los ingresos por descompensación de enfermedades crónicas y vasculares. Además saturación urgencias dado que muchos migrantes sin papeles solo pueden acceder a esta sanidad. Empeoramiento de la situación sanitaria de estos.

17 Mar 2017, 12:07:55: Menos personal para cada vez trabajo.

Personal poco controlado y poco incentivado.

17 Mar 2017, 12:07:57: Pacientes que abandonan tratamiento

17 Mar 2017, 12:08:40: Los pacientes no pueden acceder al medicamento por falta de recursos económicos y entonces ingresan con más frecuencia y con complicación de sus enfermedades de base.

17 Mar 2017, 12:08:49: Ha aumentado la desigualdad.

17 Mar 2017, 12:11:27: Nada ha cambiado

17 Mar 2017, 12:14:40: La población inmigrante ha quedado desatendida y acuden a urgencias con diagnósticos de enfermedades más avanzadas o no pueden costearse medicinas.

17 Mar 2017, 12:17:22: Dado que esta ley no afecta a la población infantil, en mi ámbito de trabajo no he notado directamente ningún cambio.

17 Mar 2017, 12:17:38: Gente que no puede pagar los medicamentos y gente que no puede acceder al sistema

17 Mar 2017, 12:21:14: Hay muchísima información en esta pregunta. El acceso universal a la atención primaria creo que es un retraso, creo que se deben de buscar medidas de financiación por parte del interesado y del gobierno sobre todo para ciertas patologías. Se debería de cobrar más la atención a los que están fuera de la seguridad social, sin dejar de atenderles para pagar a aquellos que no pueden pagársela. No se debe permitir el fraude, ni los abusos y no se debe atender a gente ilegal o regularizarlo. El copago según renta y la receta por principio activo me parecieron unas medidas muy eficaces, la receta electrónica más. el sistema de prescripción por principio activo debe mejorarse mucho todavía, y facilitar prescribir en algunos casos por marca comercial. Lo que claramente tiene efectos en la salud de los asociados es reducir el gasto sanitario en personal, dado que si no se contrata más personal pero la población sigue creciendo, se saturan las consultas, los profesionales a parte de mal pagados están sin cubrir en vacaciones y descansos, continúa la precariedad laboral y la asistencia obviamente se deteriora claramente. Las urgencias tanto en los centros de salud como en los hospitales se deben de renovar, dotar de más recursos, reconocer la especialidad de urgencias y dotar de mayor personal (que actualmente suele ser la mayoría personal en formación, que es una vergüenza).

17 Mar 2017, 12:23:55: Optimización de la medicación

17 Mar 2017, 12:24:58: Menos adherencias a tratamientos

17 Mar 2017, 12:26:21: exclusión sanitaria de ciertos colectivos

17 Mar 2017, 12:26:49: Más control de uso de fármacos

17 Mar 2017, 12:29:15: Un número de pacientes ha dejado de comprar medicamentos.

17 Mar 2017, 12:30:08: Positivos: menor gasto farmacéutico, menor fraude en recetas.

Negativos: muchas restricciones de uso en especialidades y en urgencias, paro médico, caro en farmacia para pensionistas y personas sin suficientes medios.

17 Mar 2017, 12:30:23: Exclusión a la sanidad pública de muchísimas personas, retraso en diagnósticos, tratamientos...

17 Mar 2017, 12:30:59: Seguimiento de algún tipo de tratamientos por personas de bajos recursos

17 Mar 2017, 12:31:57: En la atención en urgencias de pacientes sin tarjeta sanitaria que no pueden acceder a las consultas de primaria y especializada

17 Mar 2017, 12:32:35: Menor cumplimiento de los tratamientos

Cobertura menor

17 Mar 2017, 12:35:34: ninguno

17 Mar 2017, 12:36:14: Positivos: Menor abuso de fármacos y especialmente los de baja utilidad terapéutica

Negativos: Menor uso de servicios sanitarios por los que más los necesitan, menor uso de fármacos esenciales.

17 Mar 2017, 12:36:36: Un grupo de población no puede pagar los medicamentos y dejan de tomarlos

El trabajo se ha hecho mucho más penoso por falta de personal.

La hostelería (limpieza...) se ha deteriorado

Los gestores se han hecho manifiestamente peores, se han convertido en delegados políticos sin ninguna autocrítica ni criterios profesionales

Se ha confundido cuál es el fin del acto sanitario

17 Mar 2017, 12:38:43: En general ha producido un rechazo del paciente a tratamientos de coste elevado, pero esto mismo ha hecho que farmacéuticas y estado asuman programas terapéuticos que antes no hacían.

17 Mar 2017, 12:38:45: Saturación en los servicios de urgencia

17 Mar 2017, 12:40:49: Aumento de enfermedades infectocontagiosas, deterioro de la salud pública.

Además no me parece un verdadero ahorro.

17 Mar 2017, 12:43:08: SE DESPILFARRA MENOS MEDICAMENTOS Y PRUEBAS

17 Mar 2017, 12:43:21: Ahorro leve a nivel general. Para personas que se han quedado sin acceso es negativo.

17 Mar 2017, 12:44:34: Dificultad de acceso a los Servicios de Salud y peor seguimiento de las dolencias crónicas.

17 Mar 2017, 12:48:22: En la adherencia al tratamiento y en las prestaciones a determinados grupos de españoles.

17 Mar 2017, 12:49:25: Considero que tiene que existir un sistema garante de la atención completa cuando algún paciente no tiene recursos. Esto se debe verificar para evitar abusos (pacientes institucionalizados que sus familiares o ellos cobran sus pensiones, pensiones que no se ajustan a la realidad del paciente...

Creo que sí debe existir un copago, ajustado al nivel de renta, pero sí debe existir.

17 Mar 2017, 12:51:39: Ha tenido efectos positivos sobre la percepción de que la sanidad es gratis por parte de los usuarios cuando no lo es

17 Mar 2017, 12:54:17: Precariedad

17 Mar 2017, 12:54:18: menor consumo de fármacos innecesarios por el paciente (aunque lamentablemente también necesarios)

17 Mar 2017, 12:54:30: exclusión sanitaria a personas migrantes y personas españolas que han tenido q viajar al extranjero más de 3 meses

17 Mar 2017, 12:58:40: muchos genéricos no funcionan igual que los otros

17 Mar 2017, 13:03:27: Algunas personas han tenido dificultad de acceso al sistema sanitario teniendo necesidad real del mismo

17 Mar 2017, 13:03:35: Se ha excluido a parte de la población

Hay pacientes que no pueden comprar los medicamentos

17 Mar 2017, 13:04:20: Ha restringido el acceso a la sanidad de muchas personas, generando en algunos casos graves problemas de salud pública y gravando a personas con pensiones muy bajas el tener que pagar por los medicamentos.

17 Mar 2017, 13:07:05: Empeoramiento de la asistencia a los ciudadanos

17 Mar 2017, 13:09:36: Como siempre afecta a los que necesitan más ayuda.

17 Mar 2017, 13:10:25: Ningún efecto sobre la salud de los ciudadanos.

17 Mar 2017, 13:11:28: A veces los pacientes no pueden permitirse pagar su tratamiento. No es lo habitual pero a veces ocurre

Por otro lado es a veces más justo que determinados pacientes tengan copago porque sus ingresos les permiten pagar parte de su medicación

17 Mar 2017, 13:11:49: Problemas para prescripción de determinados medicamentos a determinados pacientes por su elevado coste

17 Mar 2017, 13:12:38: Positivo la racionalización en las prestaciones y negativo la carga económica para los jubilados

17 Mar 2017, 13:15:55: el copago es gravoso para determinadas clases sociales

17 Mar 2017, 13:17:10: Un mayor uso de las urgencias generales para casos no urgentes

17 Mar 2017, 13:21:43: No sé

17 Mar 2017, 13:22:01: Control del gasto farmacéutico y del uso indiscriminado de los servicios por parte de la población

17 Mar 2017, 13:27:40: la justicia y la equidad se han visto menoscabadas

17 Mar 2017, 13:27:42: la restricción a la sanidad universal y copago

17 Mar 2017, 13:32:56: No los ha tenido

17 Mar 2017, 13:33:33: Se ha limitado el profesional de prescripción de pruebas y de tratamientos

17 Mar 2017, 13:34:30: Muchos jubilados no están de acuerdo

17 Mar 2017, 13:34:38: Personas sin posibilidad de atención primaria, mayor gasto farmacéutico

17 Mar 2017, 13:37:31: Espera para pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 13:37:46: HE DICHO QUE NO TENGO UNA CLARA OPINIÓN AL RESPECTO

17 Mar 2017, 13:39:24: Marginación de población desfavorecida,

17 Mar 2017, 13:40:27: En financiación terapéutica, el cartera de servicios a nivel de profesionales

17 Mar 2017, 13:40:55: Dificultad de acceso a algunos tratamientos, trabas burocráticas para asistencia a pacientes inter-comunidades...

17 Mar 2017, 13:41:45: Las personas con menores recursos no completan sus tratamientos

17 Mar 2017, 13:42:10: más conciencia para el usuario

17 Mar 2017, 13:51:06: Mejor organización del sistema.

17 Mar 2017, 13:52:28: Ha mercedado su carácter de justicia y universalidad

17 Mar 2017, 13:52:30: Control en el uso de medicamentos

17 Mar 2017, 13:53:42: Impide el acceso a tratamientos a personas que no pueden pagarlo

17 Mar 2017, 13:53:53: Racionalización del gasto farmacéutico

17 Mar 2017, 13:56:11: Ha evitado el despilfarro innecesario de fármacos.

17 Mar 2017, 14:07:27: ahora se tiene más en cuenta el coste de las pruebas y tratamientos

17 Mar 2017, 14:09:32: con ello se realiza mucho papeleo y se pierde eficacia.

17 Mar 2017, 14:12:36: menor calidad de los medicamentos.

menos personal que afecta a la atención del asegurado. disminución tiempo de espera.

17 Mar 2017, 14:14:10: Una parte de la población no tiene acceso a la atención médica

17 Mar 2017, 14:15:25: Ha redundado en el uso indiscriminado de fármacos, ahora la gente pide solamente lo que necesita

17 Mar 2017, 14:17:19: Creo que ha sido muy positivo establecer el copago por renta, sin embargo creo que es insuficiente para la valoración de las prestaciones sanitarias del Sistema Público al usuario, a menos que se produzca la ejecución de un pago en efectivo por el acceso y uso de las distintas prestaciones, con especial hincapié en la utilización indiscriminada y saturada innecesariamente por parte de los usuarios, de los servicios de urgencias

17 Mar 2017, 14:24:34: Negación de acceso a sanidad a colectivos desfavorecidos.

Penalización del hecho de estar enfermo

17 Mar 2017, 14:25:33: Algunos pacientes tienen que pagar medicamentos necesarios para su salud

17 Mar 2017, 14:31:54: Insuficiencia y precariedad tratamiento y control servicios a los pacientes

17 Mar 2017, 14:32:40: Se han restringido algunas prestaciones (análisis, pruebas) y el usuario, o en paro, o viviendo de los padres o abuelos, tiende a gastar lo menos posible en medicinas

17 Mar 2017, 14:33:45: El médico se ve obligado a cambiar su tratamiento y actuación médica para seguir un Sistema Implantado a la fuerza, derivado de la crisis y los recortes de dinero

17 Mar 2017, 14:34:04: No es una ley igualitaria para todo el Estado y no depende de la renta que cobre cada individuo.

17 Mar 2017, 14:43:29: Afecta a los colectivos más desfavorecidos, especialmente los ancianos que no pueden acceder a los tratamientos

17 Mar 2017, 14:46:52: Sólo el valor económico es el que parece que prima para elegir un tipo u otro de tratamiento y eso es perjudicial porque no se valoran otros como los resultados a largo plazo y satisfacción del asegurado.

17 Mar 2017, 14:48:12: Restricción de la accesibilidad. Incremento del número de personas que tienen problemas para pagar su medicación

17 Mar 2017, 14:50:34: MASIFICACION

17 Mar 2017, 14:54:03: Algunas personas de escaso poder adquisitivo NO PUEDEN PAGAR TODOS SUS TRATAMIENTOS y dejan algunos, a veces los más necesarios.

Algunos pensionistas han dejado de "consumir por consumir" medicamentos

17 Mar 2017, 14:55:22: RESTRINGIR EL ACCESO A LOS DOS PILARES FUNDAMENTALES DE LA SANIDAD LA ATENCION PRIMARIA Y ES LA BASE DE LA PREVENCIÓN

17 Mar 2017, 14:57:38: Mayor uso del servicio de urgencias por las personas sin acceso gratuito a los servicios no urgentes de la sanidad pública. En cuanto al copago, como siempre quienes cotizamos pagamos el resto no.

17 Mar 2017, 15:09:42: Falta de atención/tratamiento a personas extranjeras con repunte de enfermedades en determinados núcleos sociales

17 Mar 2017, 15:31:04: Hay pacientes que no disponen de recursos económicos para costearse el tratamiento farmacéutico

17 Mar 2017, 15:32:46: Se ha recortado en personal pero el gasto farmacéutico ha mejorado con el copago. Ha disminuido el abuso.

17 Mar 2017, 15:38:00: Es posible que haya sido negativa para personas que realmente debían ser atendidas y han dejado de serlo al menos temporalmente. Pero el efecto llamado también ha sido negativo

17 Mar 2017, 15:38:47: Negativos en cuanto a acumulación de medicamentos. Los pensionistas intentan hacer el gasto farmacéutico en un mismo mes para pagar menos. Una vez llegado al tope que tienen asignado mensual no pagan nada. Intentan acumular el máximo de medicamentos en el mismo mes

17 Mar 2017, 15:38:48: era nefasto para muchos pacientes, sobre todo las personas mayores, además creo que la famosa lista de 400 fármacos estaba diseñada para ganar dinero, dígame cómo se puede no tratar el ojo seco????

17 Mar 2017, 15:40:49: Percibo en la Sanidad Pública un desamparo absoluto de la Medicina Preventiva

17 Mar 2017, 15:45:25: Optimización de recursos limitados tanto a nivel de sociedad como individual cuando los especialistas mandan fármacos innecesariamente caros.

17 Mar 2017, 15:47:00: Disminución de recursos

17 Mar 2017, 15:53:49: Ha empeorado la calidad de la atención, así como la satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales.

17 Mar 2017, 15:55:29: extranjeros enfermedades crónicas sin tratar

17 Mar 2017, 15:58:38: Hay quien abandona tratamiento por no poder pagarlos con sus pensiones

17 Mar 2017, 16:03:26: Colectivos desatendidos

17 Mar 2017, 16:05:20: Inaccesibilidad de población marginal a la salud con impacto en el ámbito social y económico. Menor función preventiva.

17 Mar 2017, 16:06:49: Trabajó en una zona cuya población es anciana de clase media-baja con pensiones muy pequeñas y el copago de medicamentos en algunos casos ha hecho que no los compren por no poder permitírselo

17 Mar 2017, 16:16:31: soy pediatra, las restricciones no afectaban a los niños, si al bolsillo de los pediatras(el pago por paciente disminuyó)

17 Mar 2017, 16:21:29: Negativos: las personas a las que se sacó de la sanidad siguen accediendo a ella por vías menos eficientes e inadecuadas (por ejemplo, urgencias)

17 Mar 2017, 16:22:03: Pacientes que no hacen los tratamientos por no poderlos pagar. Disminución de acudir de recetas obtenidas de medicamentos innecesarios

17 Mar 2017, 16:24:47: Me parece bien la financiación farmacéutica. porque evita el almacenaje innecesario y pérdida de medicamentos que es menor, frecuente que antes. No me parece bien la nueva estructura de los hospitales con equipos gestores enormes y personal sanitario disminuido. Efectos negativos para la salud (no realmente)

17 Mar 2017, 16:25:13: Regular de manera adecuada la atención sanitaria.

17 Mar 2017, 16:25:19: La restricción de la atención universal me ha parecido negativa. La cofinanciación farmacéutica me parece bien con topes en el precio, y gratuidad en población indigente. La receta por principio activo no me parece mal siempre que se pueda recetar cualquier producto de cualquier laboratorio.

17 Mar 2017, 16:27:25: Roto igual acceso al sistema

17 Mar 2017, 16:30:54: Pacientes en urgencias que no se pueden permitir ser atendidos, ausencia de prevención y acceso a servicios básicos

17 Mar 2017, 16:32:21: continúa habiendo abusos y despilfarro farmacéutico, que se han excluido a muchos inmigrantes y esto es un perjuicio moral y sanitario grave

17 Mar 2017, 16:33:39: Más coste para el usuario. Cada vez hay más espera para atención especializada

17 Mar 2017, 16:34:34: Los pacientes sin tarjeta sanitaria están desprotegidos

17 Mar 2017, 16:38:09: Menos abuso farmacológico de los pacientes. Ya que al tener que pagar algunos medicamentos se piensan mejor las cosas antes de tomar en exceso medicinas. menos automedicación al tener que depender de una receta

17 Mar 2017, 16:49:02: Desasistencia a los pacientes en algunos aspectos y dejarlos sin controles necesarios estimado por el médico. La alta resolución es una manera de quitarse los pacientes de encima.

17 Mar 2017, 16:51:49: Son obvios

17 Mar 2017, 16:58:04: Algunos pacientes no pueden acceder a algunos fármacos. Mayor afluencia a Urgencias por miedo (+/- justificado) a At. Primaria

17 Mar 2017, 17:03:17: trabajo en una zona económicamente muy deprimida con gente excluida de la sanidad y otros que sin estar excluidos han perdido la posibilidad de acceder a los fármacos ya que no pueden pagar las cantidades que se les piden

17 Mar 2017, 17:19:52: pagar por algo se valora más que todo gratuito. Y tanto para el que gana poco como para el que gana mucho eso no es equidad

17 Mar 2017, 17:23:45: positivos la gente a dejado de auto medicarse, y han bajado la cantidad de utilización inadecuada de antibióticos y resistencias a ellos

17 Mar 2017, 17:25:10: La falta de atención reglada a pacientes extranjeros ha tenido efectos negativos en la Salud Pública, viéndose mayor índice de patologías que casi ya no se veían en España. El copago farmacéutico en principio y bien aplicado hace que paguen más los que más tienen. Pero en muchas ocasiones lo que hace es que paguen más los que no tienen más remedio que pagar (y sin los mismos que también pagan más en otros tipos de impuestos incluido el IRPF)

Y en la cartera de servicios se evidencia en no pocas ocasiones una ideología de las personas y colectivos que influyen su elaboración.

17 Mar 2017, 17:35:49: Falta de continuidad asistencial al atenderse sólo urgencias niños y gestantes

Falta de atención a enfermos crónicos sin tarjeta lo cual aumenta las visitas a urgencias

17 Mar 2017, 17:38:21: Exclusión del sistema de pacientes con patología infectocontagiosa que desaparecen de todo control. Incluir en esa exclusión a españoles sin trabajo.

17 Mar 2017, 17:40:33: Disminución del tiempo dedicado a cada paciente, aumentó brutal de la presión asistencial perjudicando a la formación de los profesionales y a la atención de los pacientes

17 Mar 2017, 17:43:22: Uso más restringido de fármacos, retrasos diagnósticos, sobrecarga de los servicios de Urgencias,...

17 Mar 2017, 17:48:38: concienciar a la gente

17 Mar 2017, 17:48:57: efecto negativo por que gente sin recursos y sin papeles no pueden acceder a una mejor asistencia sanitaria

17 Mar 2017, 17:52:02: Positivos control gasto farmacéutico, control del turismo sanitario

Negativos. Mayor uso servicios de urgencias por carencia de atención sanitaria AP. Abandonó terapéuticos antes ausencia sanidad asistencia AP con consecuentes gastos por complicaciones ante falta prevención primaria adecuada.

17 Mar 2017, 17:54:36: No se ha mejorado la lista de espera ni para especialistas ni para cirugía- Se ha tomado conciencia del gasto farmacéutico y ha disminuido.

17 Mar 2017, 18:01:10: Pacientes con enfermedades crónicas dejaron de realizar sus revisiones por falta de medios con el consecuente aumento de visitas a Urgencias por este motivo

17 Mar 2017, 18:12:46: N

17 Mar 2017, 18:14:48: Positivo: Los pacientes se interesan más por saber el precio de los medicamentos. Negativo: Aumento de la burocracia para el médico.

17 Mar 2017, 18:18:30: Positivos. Menor gasto en medicamentos por un mayor control con el copago. negativo. Se pierde la universalidad

17 Mar 2017, 18:19:03: Menor cumplimiento terapéutico en población con menos recursos

17 Mar 2017, 18:27:40: Hay pacientes que no adquieren tratamientos necesarios por el precio

17 Mar 2017, 18:33:51: pacientes han dejado de hacer tratamientos.

17 Mar 2017, 18:33:55: Españoles que se encuentran en paro de larga duración y residentes en el extranjero han tenido problemas para ser atendidos en el SNS

17 Mar 2017, 18:35:24: Falta de salud en poblaciones excluidas o de riesgo, nula educación sanitaria para esta población

17 Mar 2017, 18:49:07: racionalización del gasto

17 Mar 2017, 19:11:43: dificultades de acceso a consultas pruebas y tratamientos

17 Mar 2017, 19:17:47: Con el copago farmacéutico, hay pacientes que han interrumpido tratamientos

17 Mar 2017, 19:26:19: Ha perjudicado fundamentalmente a pacientes inmigrantes y de muy bajo poder adquisitivo

17 Mar 2017, 19:26:54: Dificultad en el acceso a fármacos

Incumplimiento del tratamiento

Problemas administrativos para el seguimiento de pacientes "sin papeles"

17 Mar 2017, 19:41:21: Enfermos que han dejado de tomar ciertos medicamentos por no estar incluidos en el SNS.IA

CARTERA BÁSICA ESTÁ RESTRINGIDA

17 Mar 2017, 19:46:32: Han quedado fuera de financiación fármacos necesarios en la población anciana como laxantes y lágrimas artificiales, lo que hace que nos los utilicen y surjan complicaciones.

17 Mar 2017, 19:48:08: Copago farmacéutico

17 Mar 2017, 19:54:02: pensionistas que no toman alguna medicación por el coste
falta de atención a personas inmigrantes con el consecuente riesgo para su salud y para la salud pública

17 Mar 2017, 19:57:12: Menor saturación de los servicios públicos, mayor concienciación por parte del paciente del gasto.

17 Mar 2017, 19:57:47: Clase media perjudicada, en la que recae el sacrificio mayor, la menos protegida

17 Mar 2017, 20:04:19: Hay personas que no pueden acceder a la sanidad. Hay personas que no pueden pagar sus medicinas

17 Mar 2017, 20:05:51: mejor gestión y ahorro

17 Mar 2017, 20:15:14: Planificado por personas que están en despachos, alejados de la realidad de la asistencia. Ideas estupendas con falta de adecuación de tiempo para que los profesionales puedan llevarlas a cabo.

17 Mar 2017, 20:18:08: Población fuera de cobertura. Se grava a los más desfavorecidos.

17 Mar 2017, 20:19:25: - He comenzado mi ejercicio profesional médico a partir de 2013 y desconozco las diferencias con respecto a la etapa anterior.

17 Mar 2017, 20:32:01: Negativos: pacientes que han dejado de comprar medicación.
pacientes no asegurados no acudir tempranamente al médico.
Positivos: Receta por principio activo. Control del turismo sanitario un poco más.

17 Mar 2017, 20:34:08: los pacientes con menos poder adquisitivo dejan de poder pagar y tomar sus tratamientos crónicos

17 Mar 2017, 20:37:12: Disminuyo el numero de paciente que demandaban medicación innecesaria y como aspecto negativo algunos paciente crónico dejaron de tomar la medicación

17 Mar 2017, 20:38:35: exclusion de las mayorias sociales mas fragiles

17 Mar 2017, 20:39:30: No ha tenido repercusión clínica o epidemiológica por que se ha eludido el cumplimiento estricto de dicha ley. La idea en principio no era nociva pero su aplicación cargo al sanitario (y su etica) todas las decisiones.

17 Mar 2017, 20:50:54: Detección mas tardia de las enfermedades por no haber seguimiento en atención primaria

17 Mar 2017, 20:51:40: ganancia para los políticos

17 Mar 2017, 20:55:32: Conozco casos de gente excluida del sistema sanitario.

17 Mar 2017, 20:58:01: Dificultad de acceso a la salud y de completar procesos iniciados.

17 Mar 2017, 21:03:29: Aprovechamiento de recursos

17 Mar 2017, 21:15:25: Menor aplicabilidad de politicas de prevencion. Menor acceso a tratamientos para quien mas lo necesita por ser mas pobre.

17 Mar 2017, 21:27:41: Falta de control de sujetos con enfermedades transmisibles, ausencia de asistencia en personas con necesidad

17 Mar 2017, 21:30:45: Negativo: algunos pacientes no se pueden pagar tramiten tos, e espacial nuevos fármacos q han salido y son caros.
Positivo: mayor conciencia sobre el coste farmacéutico

17 Mar 2017, 21:44:32: El paciente necesita más contacto con el profesional, para saber que debe suspender de su tratamiento y que no. Y han aumentado patologías ya desterradas sólo porque los pacientes suspendían los protectores gástricos, por ejemplo.

17 Mar 2017, 21:49:14: Falta de acceso a españoles que residen en extranjero, falta de acceso a inmigrantes ilegales, menor adherencia terapeutica por coste farmacéutico

17 Mar 2017, 21:50:08: Perdida de acceso a asistencia médica

17 Mar 2017, 22:00:16: Menos acceso a medicamentos en población menos favorecida

17 Mar 2017, 22:07:08: Ninguno

17 Mar 2017, 22:13:11: Indiferente

17 Mar 2017, 22:16:27: Personas mayores con escasa pensión a los q les cuesta pagar los medicamentos.

17 Mar 2017, 22:27:45: Peor acceso de los pacientes a los especialistas, abandono de tratamientos por parte de los pacientes al no poder pagarlos

17 Mar 2017, 22:38:01: mayor control del gasto farmacéutico
Mejoría del uso de los recursos

17 Mar 2017, 22:44:42: Descenso en la adherencia a tratamientos en pacientes que no pueden pagar fármacos.
Exclusión de grupos de pacientes del sistema sanitario (inmigrantes..)

17 Mar 2017, 22:59:14: Hay menos recursos tanto para los pacientes como para los profesionales

17 Mar 2017, 23:14:00: (-)pacientes que no pueden comprar la medicacion
(+)exclusion de farmacos financiados para dolencias menores

17 Mar 2017, 23:14:30: es necesario establecer medidas de este tipo para asegurar sanidad en el futuro pero no se gestionan bien los recursos

17 Mar 2017, 23:18:22: Algunos tratamientos no los hacen por dinero, pero no los más necesarios e importantes.

17 Mar 2017, 23:32:56: hay paciebt que no toman medicamentos necesarios por estado económico
Restricción de tratamiento de coste elevado
Restricciones en la investigación clínica

17 Mar 2017, 23:56:53: PERSONAS FUERA DEL SISTEMA, PERSONAS QUE NO PUEDEN PAGAR DETERMINADOS COPAGOS

18 Mar 2017, 00:12:03: ENCARECE ALGUNOS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN SER MUY NECESARIOS PARA AYUDAR A LA CURACION ES EL CASO DE ALGUNOS FARMACOS QUE SALIERON DE LA GRATUIDAD

18 Mar 2017, 00:21:26: Positivos: la prescripción por principio activo hace que se abaraten las marcas para igualarlas a los genéricos...
Negativos: miedo a acudir al médico "por si me deportan"

18 Mar 2017, 00:29:21: A pesar de las restricciones el sistema permite actuar cuando es necesario

18 Mar 2017, 00:53:56: Positivo la receta por principio activo para igual recurso con menor gasto
Los enfermos sin derecho a asistencia sanitaria obviamente ejemplo de efecto negativo para la salud de los mismos

18 Mar 2017, 00:57:51: Posiblemente un uso más racional de los medicamentos.

18 Mar 2017, 01:03:46: Personas se quedaron sin atención sanitaria

18 Mar 2017, 01:10:48: Negativos la perdida de pacientes que mas necesitan asistencia, perdida de tratamientos necesarios, personas q incumplen tratamientos porque no pueden pagarlos. positivos racionalizacion del gasto farmacéutico, mejora de la prescripcion mas eficiente

18 Mar 2017, 01:23:26: Va en contra de los Derechos Humanos restringir el acceso a la sanidad a cualquier persona.
El copago supuso para bastantes personas un coste excesivo y el abandono de tratamientos en algunos casos.
Con los principios activos no estoy en desacuerdo , pero si cada vez dan al paciente uno distinto es un "Lío" sobre todo para los mas mayores.

18 Mar 2017, 02:52:43: Hay algunas personas que no pueden pagar sus fármacos . Positivo que por primera vez se ha hecho ver a alguna gente que mantener la sanidad cuesta dinero.

18 Mar 2017, 07:42:06: Había personas Con Problemas crónicos que dejaron tener financiadas las recetas y sí vida corrió peligro ej insulina
Una paciente no fue operada por no tener tarjeta y al final si hubiera tenido derecho porque su marido sí la tenía. Se

excluía a gente más allá del RD

Se extendió el miedo y gente quedo sin ir al médico o urgencias por miedo. Se cobraba a veces en situaciones q estaban excluidas como urgencias, embarazadas,etc

18 Mar 2017, 07:55:30: Ha enfadado más a la población, acostumbrada a que todo era gratis

18 Mar 2017, 08:40:36: Incumplimiento terapéuticos. Exclusión social de algunas personas

18 Mar 2017, 08:49:54: algunos pacientes han dejado de tomar ciertos medicamentos que han dejado de financiar pues no pueden costearse los,

18 Mar 2017, 09:02:52: Sobre la salud negativos: gente que no puede comprarse el tratamiento completo y epoc que se reagudizan más, retraso en listas de espera quirúrgicas, ictus que precisan neuro intervencionismo y se retrasa su realización porque tienen que ser derivados a otro centro, inmigrantes que saturan urgencias porque no le citan en especializada.

18 Mar 2017, 09:19:50: Falta de cumplimiento terapéutico

18 Mar 2017, 09:20:44: El paciente recurre al servicio de urgencias con mayor frecuencia, se han relajado los profesionales de atención primaria y sobrecargan el hospital (obligatorio la atención de pacientes "sin papeles")

18 Mar 2017, 09:23:54: no creo

18 Mar 2017, 09:34:38: Negativo: Incumplimiento terapéutico personas con rentas bajas.

Positivo: concienciación de la población del coste de la asistencia, evitar abuso e implicarse en su tratamiento

18 Mar 2017, 09:39:32: se resintió el derecho universal de salud para todos, las personas con menores rentas, a veces, dejan alguna medicación, se priorizan medicamentos mas necesarios en algunos casos.

18 Mar 2017, 09:47:49: Muchos pacientes han dejado de tomar medicamentos por no poder pagarlos.

18 Mar 2017, 09:58:38: me parece bien el copago, que cada uno pague según sus ingresos

18 Mar 2017, 10:20:45: Limitar la atención médica a ciertos ciudadanos afecta a la salud global de toda la población

18 Mar 2017, 10:24:40: positivo: uso racional de medicamentos.

negativo : aumento del uso de parafarmacia

18 Mar 2017, 10:34:24: Negativos en la salud porque la gente no es capaz de pagar dinero por su salud pero si por otros gastos superfluos.

18 Mar 2017, 10:41:11: Incumplimientos terapéuticos y agravamiento de patologías

18 Mar 2017, 11:04:42: El copago incide mucho en personas mayores con mucha patología y poco dinero

18 Mar 2017, 11:06:09: Falta de atención a determinadas personas y falta de acceso a los medicamentos en personas de renta baja

18 Mar 2017, 11:20:03: Falta de atención patologías importantes en personas desplazadas

18 Mar 2017, 11:23:12: Más caro tratar procesos agudos

Riesgo para la salud pública

Inhumano

18 Mar 2017, 11:24:11: No atención a pacientes sin papeles regularizados

18 Mar 2017, 11:40:54: mal efecto para las personas mas dependientes y de menor poder economico

18 Mar 2017, 11:42:08: Nos gastamos en curar la hepatitis con en lugar de en lágrimas artificiales y mucoliticos

18 Mar 2017, 11:48:42: No creo

18 Mar 2017, 11:57:44: Las personas con menos recursos y mayores han sido los perjudicados

18 Mar 2017, 12:23:36: Peor cumplimiento terapéutico

18 Mar 2017, 12:29:13: con menor renta mayor dificultad adquisición medicamentos

18 Mar 2017, 12:51:19: Hay personas que no tienen el diagnóstico apropiado a su patología ni reciben el tratamiento adecuado. Malo para ellos y en el caso de las enfermedades infectocontagiosas, malo para la población.

18 Mar 2017, 13:25:10: Han dejado de tratarse pacientes por falta de cobertura, otros dejan medicación.

18 Mar 2017, 13:39:46: Se ha racionalizado el consumo de fármacos evitando duplicidades

18 Mar 2017, 14:01:20: pérdida de la accesibilidad

disminución del cumplimiento por la población pobre y/o anciana

pérdida de acceso a la atención sanitaria inmigrante

dudosa disminución de costes

18 Mar 2017, 14:05:54: -Racionalización del gasto

-Intentar fallidamente acabar con la barra libre para no contribuyentes

18 Mar 2017, 14:31:55: Las personas acuden más al servicio de urgencias por no disponer de otros medios

18 Mar 2017, 14:53:33: Creo que no se ha llevado a cabo la restricción al acceso a la Sanidad.

Veo positiva la receta por principio activo

18 Mar 2017, 15:32:20: Con la restricción, se han dejado de controlar importantes enfermedades infecciosas como TBC, HIV etc

18 Mar 2017, 15:47:48: Restringir el acceso por igual a cualquier paciente

18 Mar 2017, 16:34:04: Se ha reducido en algo el despilfarro en la gestión y se han empezado a cobrar (a sus gobiernos) de forma más organizada a aquellos usuarios de otras nacionalidades que usaron el sistema sanitario, por ejemplo asegurados europeos de otros países de paso en España

18 Mar 2017, 16:56:49: la atención universal es un principio de la salud preventiva. Se evita turismo sanitario

18 Mar 2017, 17:19:27: hay pacientes que no se medican correctamente por el copago. También hay pacientes que no son atendidos por no tener cobertura o haberla perdido como consecuencia del desempleo

18 Mar 2017, 17:30:12: Ningun efecto. La gente va a Urgencias y a consultas tanto como siempre

18 Mar 2017, 17:41:58: Personas con pocos recursos han tenido que abandonar tratamientos

18 Mar 2017, 17:57:02: Hay personas que han quedado fuera del sistema y hay personas (sobre todo pensionistas) que no pueden costearse determinados medicamentos.

18 Mar 2017, 18:26:23: Permite concienciar al usuario del coste real de la sanidad. Se reduce el gasto superfluo por abuso de algunos usuarios.

18 Mar 2017, 18:32:48: Abandono de los tratamientos al no poder asumir el coste algunos de los pacientes.

18 Mar 2017, 19:17:30: copago y falta de atención a colectivos desfavorecidos

18 Mar 2017, 19:18:38: SE RESTRINGE ACCESO A ESPAÑOLES, PERO NO SE HA TERMINADO CON LOS ABUSOS, NI EL TURISMO SANITARIO

18 Mar 2017, 19:55:20: Injusto, No equitativo, incumple los principios de la sanidad

18 Mar 2017, 20:17:25: Aumento índice enfermedades contagiosas, empeoramiento de la salud de los pacientes con patologías crónicas, enfermedades sin diagnosticar, atención irregular urgente dependiente de la propia responsabilidad del médico de atención primaria.

Positivas: los pacientes se lo piensan 2 veces a la hora de solicitar medicamentos.

18 Mar 2017, 20:28:50: Aparición de enfermedades transmisibles, por estar sin diagnosticar y sin tratar enfermos, sin acceso a la sanidad gratuita, y socialmente es inadmisible no tratar a un paciente por carecer de recursos

18 Mar 2017, 20:48:03: mala adherencia a tratamientos que ahora son de pago, menor afluencia de pacientes extranjeros que venían por urgencias para ser operados porque aquí es gratis.

18 Mar 2017, 21:20:28: Hay que introducir copagos en función de la renta

18 Mar 2017, 21:26:07: Control sobre la prescripción médica, optimizando el gasto en farmacia.

Deterioro de la salud de las personas no contribuyentes, así como en la salud pública al dificultarse las tareas de promoción de la salud prevención.

18 Mar 2017, 21:26:14: Crisis problemas de financiación para algunos grupos sociales

18 Mar 2017, 21:43:07: Menor abuso de los servicios públicos

18 Mar 2017, 22:19:30: Ralentí o el progresivo aumento del turismo sanitario de extranjeros

18 Mar 2017, 23:07:39: Nada

18 Mar 2017, 23:16:11: Se ha dificultado el acceso de los usuarios más desfavorecidos económicamente a determinados fármacos.

18 Mar 2017, 23:20:52: Se utiliza sistema privado para pruebas diagnósticas que se deben repetir posteriormente

18 Mar 2017, 23:45:05: Negativos la limitación del acceso a personas que necesitan atención médica.

Positivo el ahorro

19 Mar 2017, 03:57:12: Empleo de uso más racional del gasto, a veces demasiada coacción para empleo de fármacos o pruebas baratas

19 Mar 2017, 07:25:55: MEJOR Y MAYOR CONTROL DEL GASTO FARMACEUTICO

19 Mar 2017, 08:18:10: Seguimiento de tratamientos prescritos por falta de recursos económicos, no hay seguimiento de patologías importantes no urgentes

19 Mar 2017, 08:55:38: Positivos: racionalización del consumo farmacéutico. Reducción de fraudes.

Negativos: pérdida de longitudinalidad con pacientes desposeídos de acceso a AP. Aparición de inseguridad en la población, que desconoce la realidad de sus derechos e infraconsultan por ello (niños, gestantes). Abuso del acceso a urgencias.

19 Mar 2017, 09:32:52: Con mucha mayor frecuencia que antes hay pacientes con problemas para pagar sus tratamientos.

19 Mar 2017, 09:34:43: Determinadas revisiones se han espaciado en el tiempo

19 Mar 2017, 09:54:19: Mayor colapso de las urgencias

19 Mar 2017, 10:39:34: Menor accesibilidad de las personas auténticamente necesitadas a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos que necesitan. Se ha aumentado la especificidad (dicho en términos estadísticos), sin modificar la sensibilidad.

19 Mar 2017, 10:56:31: limitación en determinados tratamientos, protocolos para su uso, pero se ha disminuido el gasto

19 Mar 2017, 10:59:26: Ha perjudicado a los más vulnerables, como son los inmigrantes "sin papeles". También ha sido un problema de Salud Pública para los ciudadanos expuestos.

19 Mar 2017, 11:10:20: aumento de listas de espera

dificultad para asumir el copago de los medicamentos por los pacientes con bajo nivel de renta

perdida de equidad entre CCAA

19 Mar 2017, 11:14:52: Ha dejado fuera de la atención a muchas personas, incrementando el sufrimiento de estas personas. los costes a medio plazo por patologías descompensadas a puntos de "no retorno" que podían haberse evitado, no ha supuesto ningún ahorro global, ha sembrado el miedo para los migrantes y en los propios españoles que no se atreven a alzar la voz.

19 Mar 2017, 11:17:43: En cuanto a Farmacia creo que ha sido positivo y se ha ahorrado mucho dinero pero en cuanto a la condición del asegurado me parece que es anticonstitucional

19 Mar 2017, 12:19:39: Pacientes psiquiátricos quedan fuera de atención. Pacientes sin recursos no pueden pagar fármacos

19 Mar 2017, 12:27:11: Como negativo la falta de asistencia a personas que lo necesitarían y que en el caso de algunas enfermedades (ej infectocontagiosas) ponen en peligro al resto. Reducción del abuso de automedicación.

19 Mar 2017, 12:35:16: Menor cobertura y menor control de enfermedades

19 Mar 2017, 12:48:09: - Empeoramiento de la asistencia a personas "sin papeles" y otros colectivos vulnerables.

- Concienciación del gasto sanitario en la población.

19 Mar 2017, 12:52:14: Pacientes que no han podido ser estudiados en los servicios hospitalarios por tener sólo acceso a los servicios de urgencias. Un paciente fallecido en mi entorno y creo que con uno, es suficiente.

19 Mar 2017, 13:01:12: MIEDO A ACCEDER AL SISTEMA A LOS INMIGRANTES IRREGULARES.

19 Mar 2017, 13:40:48: menor acceso de personas que lo necesitan

agravamiento de problemas salud publica por ello como el vih

mayor desigualdad en salud

menor adherencia a los tratamientos

perdida de recursos humanos

19 Mar 2017, 13:59:14: Si todos cotizamos, todos ya hemos pagado nuestra atención médica, creo importante racionalizar los servicios y que se le de más atención a quien más lo necesite. En relación al copago no lo veo equitativo en el siguiente sentido si mi renta es de 60000 euros pago lo mismo que uno con renta superior a 120000.

19 Mar 2017, 14:03:47: Algunos pacientes tienen problemas para seguir sus tratamientos por motivos económicos, con el perjuicio a su salud que de ello se deriva. Algunos pacientes ni siquiera tienen derecho a ser atendidos salvo si es una urgencia, con una importante merma en su salud y en la salud pública de nuestra población.

19 Mar 2017, 14:06:30: Limitación servicios

19 Mar 2017, 14:12:53: reducción del gasto

19 Mar 2017, 15:19:39: sobre la salud ningún efecto

sobre la economía efecto positivo al disminuir el gasto en prestaciones innecesarias

19 Mar 2017, 15:44:58: Un vacío en que hacer tras ser atendido un paciente en urgencias que requiere continuar estudio o tratamiento

19 Mar 2017, 16:05:23: Dificultad para hacer tratamientos crónicos en personas con peor nivel económico

19 Mar 2017, 17:41:34: Hay Sanidad para todos de mala calidad

19 Mar 2017, 18:02:16: Positivos: Se ha disminuido el gasto farmacéutico

Negativo: Han aumentado las urgencias

19 Mar 2017, 18:03:00: No creo

19 Mar 2017, 18:06:46: Negativos: Control de la adherencia al tratamiento por la oficina de farmacia en lugar de por el Médico de cabecera (receta electrónica)

19 Mar 2017, 18:22:12: Sí, hay personas que no toman medicamentos por el precio.

Las urgencias se han vuelto una puerta de entrada al sistema de salud.

19 Mar 2017, 18:26:59: Sí, hay personas que no toman medicamentos por el precio.

Las urgencias se han vuelto una puerta de entrada al sistema de salud.

19 Mar 2017, 18:46:13: Restricción de acceso de determinados colectivos, como inmigrantes.

Menor adherencia al tratamiento de colectivos más desfavorecidos, como pensionistas con menor renta.

19 Mar 2017, 18:46:28: INMIGRANTES SIN ATENCION.

PACIENTES DESFAVORECIDOS QUE NO PUEDEN FINANCIARSE LOS TRATAMIENTOS

19 Mar 2017, 18:47:02: pacientes q han dejado de poder acceder a consulta y tto especializados

19 Mar 2017, 19:29:15: Empeoramiento de la salud de las personas con menores ingresos e inmigrantes.

19 Mar 2017, 20:03:50: LOS EFECTOS SON ECONOMICOS.

LOS EFECTOS EN SALUD TARDAN AÑOS EN VERSE

19 Mar 2017, 22:52:12: Peor asistencia

19 Mar 2017, 22:59:18: Pacientes que, por sus circunstancias socioeconómicas, no reciben la atención adecuada.

20 Mar 2017, 00:24:14: Positivos

20 Mar 2017, 00:53:47: Negativos para los pacientes mas desfavorecidos

Negativos para los laboratorios y sus delegados aunque la bajada de precios de los medicamentos fue buena, si bien supongo que se compensó con el precio de los nuevos y con los que han salido, lo que de nuevo perjudica a los pacientes.

20 Mar 2017, 01:14:25: Sobre todo en salud pública, hay enfermedades que están rebrotando sin un control que antes si teníamos, por ejemplo la tuberculosis

20 Mar 2017, 01:18:04: Los recursos llegan a quien los necesita.

20 Mar 2017, 04:13:17: El ahorro no ha repercutido en una mejor calidad de servicio, la presión de los recortes sobre los médicos es enorme y genera riesgos para la salud de profesionales y pacientes.

20 Mar 2017, 08:09:02: Riesgo epidemiológico. No tto pacientes mayores

20 Mar 2017, 08:50:38: Anteriormente, si no trabajabas, a los tres meses perdías la asistencia sanitaria gratuita. La Comunidad de Madrid hacía una tarjeta sanitaria y cubría asistencia sanitaria en esa zona.

20 Mar 2017, 08:53:01: limitación en el acceso de pacientes con limitados recursos o no regularizados

20 Mar 2017, 09:04:38: Las personas tienden a retrasar su atención sanitaria por miedo a tener que pagar.... Por ejemplo, peor control TBC, VIH en grupos vulnerables. Algunos pacientes dejan de tomar la medicación por no poder costearla.

20 Mar 2017, 09:36:54: ninguno

20 Mar 2017, 10:56:55: Exclusión de ciudadanos del sistema sanitario, y sobre todo beneficio para la Empresa privada que parasita el Sistema Nacional de Salud.

20 Mar 2017, 11:26:01: Negativos:

- las personas a las que atendemos han pedido en ocasiones que les cambiemos alguna medicación por no poder pagarla, hablo de personas jubiladas con jubilaciones muy precarias.
- Se ha excluido de la asistencia reglada a la población migrante sin papeles y eso repercute negativamente en la salud de las personas afectadas y del conjunto de la población.

Lo único positivo que se me ocurre es que con una población anciana polimedicada y algunas reticentes a retirar fármacos pueden tener algún efecto el que consuman menos fármacos

20 Mar 2017, 11:30:39: población sin acceso a la salud y con problemas que afectan a la salud pública. necesidad de recurrir a las urgencias innecesariamente

20 Mar 2017, 11:42:25: Los pacientes se mueven para conseguir medicamentos por otros medios

20 Mar 2017, 11:52:40: Ha aumentado el uso racional de los medicamentos

20 Mar 2017, 11:56:42: Limita el acceso a inmigrantes y clases desfavorecidas con perjuicio para su propia salud y para la salud poblacional (vih, tbc) y no disminuye el gasto. Salen mas caros los europeos pseudoresidentes en esa zona

20 Mar 2017, 12:11:19: Al menos en la población a la que ahora atiendo.

20 Mar 2017, 12:13:37: Se realiza un uso más responsable de los medicamentos y se ha reducido el abuso del servicios sanitarios gratuitos

20 Mar 2017, 12:18:23: Riesgo en la salud pública.

20 Mar 2017, 12:20:24: Accesibilidad reducida al sistema.

20 Mar 2017, 14:00:49: Solo siempre mi seguro privado, es engorroso el acceso a especialistas Por ello, pago mis medicamentos íntegramente . Creo que, aunque sea por omisión, descongestiona el sistema público el uso de seguro privado y deberían desgravarse en Hacienda .

20 Mar 2017, 14:25:04: Dificulta el acceso a la atención sanitaria a personas en riesgo de exclusión lo que produce retrasos diagnósticos y en tratamientos

20 Mar 2017, 16:16:39: Disminución de accesibilidad junto con copago farmacéutico hace que aumente la morbilidad

20 Mar 2017, 16:29:40: Algunos pacientes no pueden pagar la medicina.

Y otros hacen mal uso de los servicios.

20 Mar 2017, 17:20:03: hay pacientes que refieren no poder pagar sus medicamentos

20 Mar 2017, 17:32:39: Menor accesibilidad para emigrantes

20 Mar 2017, 17:41:44: Los que tienen menos ingresos han dejado de comprar medicamentos por el copago. Hay personas que no tienen acceso a la sanidad si no tienen trabajo

20 Mar 2017, 19:27:50: hay gente que ha dejado de comprar fármacos necesarios.

La cobertura debería mantenerse, no es lógico que alguien que pase unos meses fuera de España o tenga 28 años y no haya cotizado tenga problemas

20 Mar 2017, 19:30:25: Mala adherencia a los tratamientos

20 Mar 2017, 19:49:33: el acceso universal a la sanidad y a los tratamientos necesarios debe estar garantizado. Esto ha provocado retrasos diagnósticos y abandonos terapéuticos en personas a las que afectó el real decreto

20 Mar 2017, 19:58:34: MAYOR CONCIENCIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES Y DE LOS USUARIOS TANTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA COMO DEL COSTE DEL MISMO

20 Mar 2017, 20:13:05: mayor uso de urgencias de centros hospitalarios

20 Mar 2017, 20:21:49: Efectos a nivel del personal médico. Tiene penalización por las prescripciones

20 Mar 2017, 20:22:39: Muchos pacientes no pueden tomar la medicación prescrita ya que no pueden pagarla por el copago.

Muchos inmigrantes "sin papeles" no tienen acceso a la sanidad lo que les puede ocasionar graves problemas médicos a ellos y a los de su entorno

20 Mar 2017, 20:31:45: la sanidad que han pagado los españoles debe ser para los españoles, el copago evita el despilfarro y da valor al acto de la prescripción, la cartera de servicios es extensa y suficiente para cuidar la salud de los ciudadanos por comentar los puntos a los que hacen mención en la nº 12

20 Mar 2017, 20:40:21: Desequilibrio en el copago, basado en índice de pago que no es verdadero, con dificultad de seguir por parte de pacientes a seguir los tratamientos, por falta de dinero

20 Mar 2017, 21:15:42: Menos abusos en despilfarro de medicamentos

Menos pacientes a quien atender y menor gasto

20 Mar 2017, 21:18:56: Restricción de medicamentos

20 Mar 2017, 21:40:49: Positivos: el ahorro.

Negativos: la falta de universalidad.

20 Mar 2017, 21:52:25: Ha tenido efectos negativos en los tres aspectos

20 Mar 2017, 22:11:29: atención de urgencia únicamente en patologías que precisan seguimiento para no tener mal pronóstico/mayor gravedad

20 Mar 2017, 22:43:38: Pérdida de universalidad; dificultad de acceso de algunos colectivos

20 Mar 2017, 23:05:25: Pacientes que no se pueden permitir gasto económico elevado en medicamentos que necesitan, restricción de la atención sanitaria a población inmigrante en situación vulnerable

20 Mar 2017, 23:24:47: Peor acceso de parte de la población al sistema sanitario

20 Mar 2017, 23:26:25: Ha limitado el acceso a la sanidad de algunas personas . El copago afecta a muchos usuarios y les hace usar menos la sanidad

20 Mar 2017, 23:55:39: Positivos: se ha reducido el número de consultas basura

21 Mar 2017, 00:56:47: Negativos: demora en pruebas, consultas y cirugías

Positivas: concienciación del ciudadano en la responsabilidad del uso y coste de la sanidad

21 Mar 2017, 08:12:39: Se han dejado de recetar medicamentos a jubilados al no poder pagarlos (eran de copago, como los laxantes...).

21 Mar 2017, 08:51:09: En ancianos excesivo coste de los fármacos.

21 Mar 2017, 09:12:24: Menor accesibilidad de las personas con menos recursos a ciertos tratamientos
21 Mar 2017, 09:17:03: Mayor brecha en la asistencia sanitaria
21 Mar 2017, 09:23:05: MUCHAS PERSONAS CON FALTA DE ATENCION AUN PRECISANDOLA, MUCHAS PERSONAS NO ACCEDEN A MEDICAMENTOS NECESARIOS.
 MENOR ABUSO DE MEDICACION POR PARTE DE AQUELLAS PERSONAS QUE TENDIAN A ACUMULAR
21 Mar 2017, 09:57:30: en nuestra salud positivos, en los inmigrantes ilegales y aprovechados negativos
21 Mar 2017, 10:48:16: Falta de atención a algunos colectivos
 Cartera básica de difícil cumplimiento en muchas ocasiones.
 Copago farmacéutica mal distribuido por tramos de renta.
21 Mar 2017, 11:16:31: Control de gasto farmacéutico.
 Enfado del asegurado por aumentar sus gastos.
21 Mar 2017, 11:47:54: Demasiados genéricos. Larga lista de espera
21 Mar 2017, 12:01:58: genéricos que poseen menos efectos terapéuticos
21 Mar 2017, 13:27:05: se dejó sin cobertura a niños
 se dejó sin cobertura a muchos ciudadanos no solo extranjeros sino también nacionales
 se gravó el precio de los medicamentos con una Tasa inaceptable porque ya se pagan en función de la renta
21 Mar 2017, 13:32:42: No financiados medicamentos
21 Mar 2017, 13:41:17: La gente sigue haciendo un mal uso de la sanidad pública
21 Mar 2017, 13:47:52: El decreto limitó la asistencia sanitaria para muchas personas y eso tuvo efectos negativos sobre la salud de las mismas.
21 Mar 2017, 14:00:26: abandono de tratamientos
 mayor número de visitas a urgencias
 desconfianza en el sistema
21 Mar 2017, 14:09:20: El copago me parece bien porque depende de los ingresos y es mínimo con lo que los pacientes cuidan más la medicación. Cuando se ha restringido el acceso universal no he estado de acuerdo aunque creo que no es posible sostener el turismo sanitario que está aumentando de nuevo.
21 Mar 2017, 14:42:40: No se ha atendido convenientemente a algunos pacientes. No hay datos de cuantos y de qué tipo. Es posible que no tratar patología infecciosa haya incidido en contagios al resto de la población
 Peor cumplimiento terapéutico en los casos de copago
21 Mar 2017, 14:43:15: + : rentabilidad, concienciación para la población,
 - : falta de confidencialidad de datos económicos,
21 Mar 2017, 15:48:21: los pensionistas sin recursos muchos no toman medicación porque no les llega el dinero para luz gastos casa comida y encima medicación
 los que tienen dinero deberían financiarse completamente los tratamientos en mi opinión
21 Mar 2017, 16:17:47: dudas sobre la medicación por principio activo .- Efecto económico imponente en ciertos grupos desfavorecidos de población
21 Mar 2017, 17:11:54: Dificultad de acceso a tratamientos de pacientes con baja renta.
21 Mar 2017, 18:23:16: Pérdida de la calidad médica asistencial
21 Mar 2017, 19:27:35: Menos accesibilidad
21 Mar 2017, 19:29:36: No se produce tanto turismo sanitario pero se ha limitado el acceso a pacientes que realmente lo necesitarían
21 Mar 2017, 19:55:17: El pago ha condicionado el dejar el tratamiento.
21 Mar 2017, 20:00:42: la suspensión de tratamientos por falta de recursos económicos. la dificultad para control de enfermedades infecciosas por no tener miedo a acudir a servicios sanitarios
21 Mar 2017, 20:11:10: Ha puesto en riesgo al salud de todos los ciudadanos al no ocuparse de las personas en exclusión que puede padecer enfermedades infectocontagiosas que puedan afectar al conjunto de la población. Ha empobrecido a los más pobres, al no poder costearse medicamentos importantes para su salud.
21 Mar 2017, 20:17:55: Quedan fuera del sistema personas que necesitan atención médica. Demora en consultas especializadas, pruebas, restricción de algunos tratamientos
21 Mar 2017, 20:39:04: abandono de tratamientos
 disminución de la cobertura en colectivos sensibles: emigrantes e infecciosas, por ejemplo
21 Mar 2017, 20:49:27: no ha afectado.
21 Mar 2017, 20:55:00: Dificultad para financiarse tratamientos en los sectores más desfavorecidos.
 Retrasos diagnósticos en pacientes sin cobertura en ocasiones en enfermedades infecciosas como tuberculosis
21 Mar 2017, 22:39:55: pacientes sin acceso a medicación crónica, con dificultades para el acceso a la atención sanitaria
22 Mar 2017, 00:05:20: Negativos: no uso de tratamiento por no disponer de recursos económicos
 Positivos: retirada de fármacos de baja utilidad terapéutica y menor abuso de los mismos
22 Mar 2017, 02:35:05: Disminución relativa de abuso de fármacos.
 Mejor utilización de servicios disponibles.
22 Mar 2017, 08:32:54: realización de exámenes preventivos de ca de mama
22 Mar 2017, 09:17:27: Desatención de extranjeros con patologías graves: tumores, tratamientos farmacológicos, cirugías programadas, etc.
22 Mar 2017, 10:25:06: Límite de acceso. Limitación de tratamiento. Desatención.
22 Mar 2017, 10:30:27: algún paciente ha expuesto no poder pagarse la medicación.
22 Mar 2017, 10:30:58: Hay personas q no pueden acceder a determinados tto por tener q pagarlos (medicaciones excluidas)
22 Mar 2017, 10:47:14: Hay personas que no pueden acceder a los medicamentos. Hay personas que por no ser ciudadanos de España no pueden ser atendidos. Hay mayor control del gasto sanitario que era excesivo.
22 Mar 2017, 11:00:30: Hay medicaciones no rentables que no son accesibles
22 Mar 2017, 11:14:18: Disminución de actividades preventivas en poblaciones de riesgo, dificultad de acceso a fármacos y productos sanitarios
22 Mar 2017, 12:07:28: El poder quiere que seamos más conservadores para poder justificar la privatización. La privatización no mejora la salud, está demostrado No lo podemos consentir.
22 Mar 2017, 12:21:38: creo que el copago ha reducido el gasto farmacéutico aunque pienso que solo debería aplicarse a las rentas más altas.
22 Mar 2017, 12:58:58: Peor acceso a la sanidad
22 Mar 2017, 13:06:32: He visto inmigrantes irregulares sin atención médica, pidiendo ser atendidos gratuitamente y automedicarse de una u otra forma.
22 Mar 2017, 14:37:30: Desigualdad y desprotección
22 Mar 2017, 15:43:14: Los inmigrantes "sin papeles" no podían ser atendidos, ni hacer tratamiento para sus enfermedades, llegando a darse casos de muertes, por ejemplo, por tuberculosis, en población inmigrante por no tener acceso al sistema sanitario.
 Entre la población jubilada, hubo pacientes que me pidieron que les cambiara el tratamiento por otro más barato, aunque fuera menos adecuado, por no poder comprar el que tenían pautado.
22 Mar 2017, 18:05:45: No efectos
22 Mar 2017, 18:08:06: Acceso limitado a salud de los individuos afectados con angustia por no poder continuar sus

diagnósticos y tratamientos.

22 Mar 2017, 18:19:31: los que tienen el gratis total son los que siguen despilfarrando

22 Mar 2017, 18:25:30: algunas personas no han podido acceder al sistema sanitario cuando lo necesitaban por no tener tarjeta sanitaria

22 Mar 2017, 18:26:46: Gestión de recursos más eficaz

22 Mar 2017, 18:26:50: mayor responsabilidad del paciente.

22 Mar 2017, 19:13:37: porque los pacientes van a su bola y los médicos también.

22 Mar 2017, 19:25:47: algunos enfermos no realizan correctamente el tratamiento y dejan de comprarse el tratamiento sin notificarlo al médico por vergüenza

22 Mar 2017, 20:09:03: Una clase social excluida abandona tratamientos por no poder pagarlos, recurriendo a caritas y SS municipales

22 Mar 2017, 20:47:15: Mi opinión es que al suponer un gasto los pacientes son más conscientes del gasto y consumo de los fármacos.

Existen casos de pacientes que pueden no tomar la medicación en dosis adecuado por problemas económicos.

22 Mar 2017, 20:58:48: IMPOSIBILIDAD DE ACCEDER A CONSULTAS, TRATAMIENTOS Y PRESTACIONES A CIUDADANOS ESPAÑOLES Y RESIDENTES EN ESPAÑA

22 Mar 2017, 21:07:12: los más pobres y los que han perdido sus trabajos se quedan sin tratamientos y eso es grave

23 Mar 2017, 09:08:40: Los datos han sido publicados hace poco, tenemos mayor esperanza de vida es objetivo aunque no está claro que sean por estos cambios

23 Mar 2017, 10:50:55: Hay que ser consciente tanto paciente como médico del tremendo gasto que supone la sanidad y tener criterio racional

23 Mar 2017, 11:41:54: La pérdida de universalidad erosiona la equidad y supone un riesgo para la salud pública

23 Mar 2017, 12:41:57: incremento de enfermedades infecciosas

23 Mar 2017, 13:45:18: Son parches para salir del paso, pero no van al cambio necesario en la política sanitaria global, que transforme verdaderamente el modelo

23 Mar 2017, 18:55:13: No cumplimiento tratamiento

Más difícil acceso a profesionales

23 Mar 2017, 20:45:01: .

23 Mar 2017, 23:42:28: Seguimiento pacientes de riesgo.

Incumplimientos terapéuticos

24 Mar 2017, 10:46:09: Dificultades para el acceso a la sanidad de niños desfavorecidos (inmigrantes)

24 Mar 2017, 11:36:20: No tengo datos, pero sí quejas de los pacientes.

24 Mar 2017, 20:20:30: Restricción en la libertad de prescripción

24 Mar 2017, 20:30:23: Positivo, aumento de la concienciación en la población de la adecuada y necesaria gestión del sistema.

Negativo, falta de cobertura a una parte de la población sensible con la consiguiente falta de adherencia.

24 Mar 2017, 21:04:52: EN MI CASO ALGUNOS ANCIANOS HAN DEJADO DE ADQUIRIR ALGUNOS FÁRMACOS QUE HAN SALIDO DE LA FINANCIACIÓN POR SUS LIMITADAS PENSIONES (EJEMPLO LAXANTES)

24 Mar 2017, 21:21:00: El copago hace que algunas personas que necesitan muchas medicinas no tienen muchos recursos. Podrían tener que renunciar a algunas medicaciones. La limitación de la asistencia no la he notado porque en mi centro de trabajo se atiende a todo el mundo.

24 Mar 2017, 21:47:44: ahorro en medicamentos no imprescindibles

24 Mar 2017, 21:52:31: Tanto la restricción como copago han dificultado la praxis médica

25 Mar 2017, 18:43:55: Se limita el abuso en el consumo y obtención de ciertos fármacos, se mejora el límite de pacientes a atender y el ratio Médico/ paciente

25 Mar 2017, 21:34:08: Menos "abusos" por parte de pacientes, pero también atención más limitada a pacientes que sí precisan tratamiento

26 Mar 2017, 17:55:32: Ausencia de acceso al sistema de personas más desfavorecidas económicamente y, por tanto, en mayor riesgo para su salud

26 Mar 2017, 20:11:43: Ha tenido efectos en personas que han dejado de acceder a la sanidad y han llegado a Urgencias con su patología más agravada que si hubieran tenido un seguimiento en primaria

26 Mar 2017, 21:48:44: Menor cumplimiento terapéutico

26 Mar 2017, 22:08:12: El precio de un medicamento debería ser el mismo para todas las marcas comerciales y genéricos y debería fijarlo el estado

26 Mar 2017, 22:50:40: Positivos: menos gastos innecesarios. Negativos: dificultad en el acceso a la atención necesaria.

27 Mar 2017, 01:22:14: El no atender a todo el mundo aunque ahorre hoy endeuda el mañana ya que disminuye la importancia de la medicina preventiva

27 Mar 2017, 07:50:53: Dificultad de acceso a diversos colectivos

27 Mar 2017, 11:56:50: Copago pensionistas tema medicación

No acceso de pacientes no incluidos como asegurados

28 Mar 2017, 00:05:48: Entre otros estos pacientes han tenido que ser visto en urgencias (aumentado la presión asistencial en las mismas) y hay pacientes que no han continuado con las medicaciones pautadas por no poder costárselos (o al menos eso dicen).

La receta por principio activo responde al criterio de bioequivalencia farmacológica pero esto si se consulta a los profesionales difieren en que los efectos conseguidos sean realmente los mismos y ha restado criterio médico al facultativo para recetar el que cree que es mejor para el paciente (aunque el principio activo sea el mismo acompañan otros aspectos que no se pueden desarrollar en este pequeño apartado).

29 Mar 2017, 06:51:04: se han perdido pacientes con enfermedades graves que han dejado de acudir a las consultas. No todos los pacientes compran todas las medicinas necesarias.

29 Mar 2017, 11:58:42: Algunos pacientes no pueden acceder a las consultas ni a los ttos.

Los médicos de urgencias están a veces en situaciones muy comprometidas.

31 Mar 2017, 14:23:09: NO VALE PARA NADA, SIGUE HABIENDO DESPILFARRO, MAL CONTROL Y SOBRE TODO FALTA DE RESPONSABILIDAD.

2 Apr 2017, 13:25:50: efectos de la restricción acceso es que ha habido personas sin poder seguir su enfermedad

Efectos positivos sobre copago en la financiación farmacéutica es la mejor gestión de su tratamiento en cuanto a cuidado sobre consumo

2 Apr 2017, 21:15:04: Algunas personas se han quedado sin derecho a una atención adecuada. Otras han tenido que suspender medicaciones que necesitaban por el incremento en la aportación

3 Apr 2017, 10:38:54: positivo pq la gente está más consciente del gasto q origina las recetas y demás servicios negativo pq hay gente q no se puede permitir los copagos

3 Apr 2017, 12:09:18: Abandono de tratamientos por coste de los mismos , aumento listas de espera por disminución de financiación

4 Apr 2017, 23:29:11: Pacientes que han dejado sus tratamientos o revisiones por falta de recursos

17 Apr 2017, 09:57:11: Creo que el copago puede haber tenido efectos negativos en algunas rentas bajas , pero se ha evitado en parte el abuso en el uso de medicamentos no necesarios .

17 Apr 2017, 20:19:28: Interrupción de tratamientos, no asistencia (salvo urgencias) a pacientes no cubiertos por la

sanidad publica

19 Apr 2017, 10:22:25: Mayor control de gasto farmacéutico y dificultad para pagar determinados tratamientos. Las personas que no reciben ninguna prestación tienen que pagar su medicación, antes tenían derecho a fármacos gratuitos.

19 Apr 2017, 10:35:11: Negativo: se escatima en prevención de enfermedades al reducir pruebas de screening.

Positivo: leve limitación de algunos abusos

25 Apr 2017, 12:49:16: Aquí hay mucha gente sufriendo por la falta de atención Sanitaria, pero eso no sale en los medios.

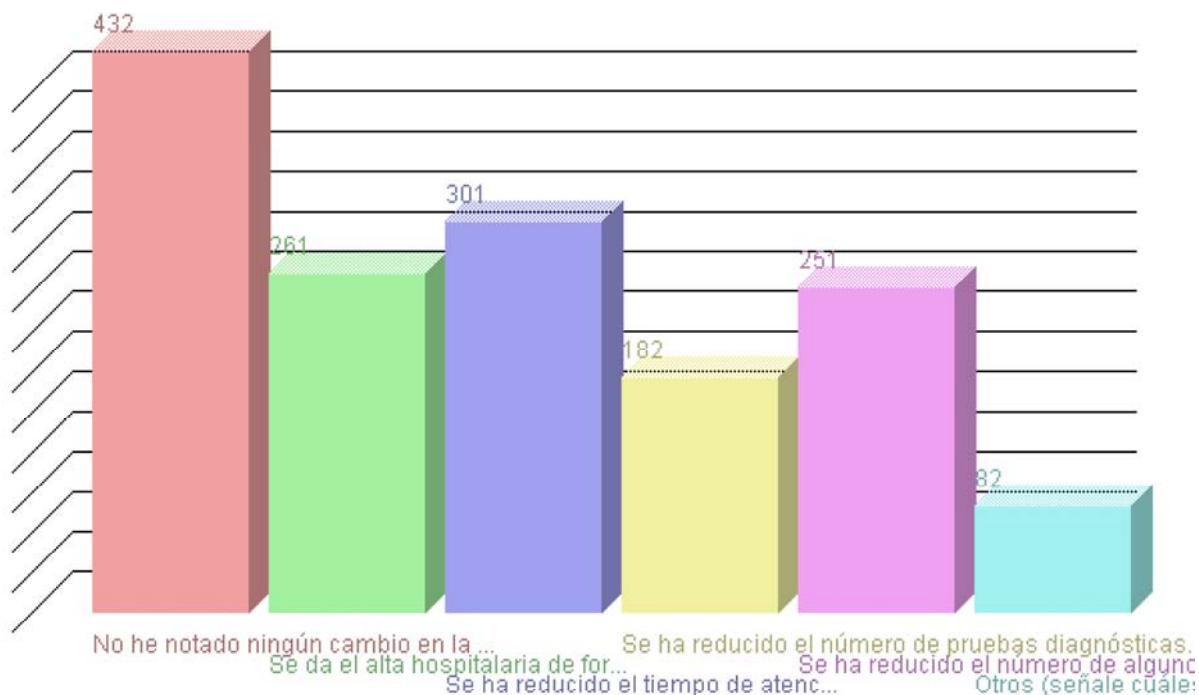
25 Apr 2017, 15:21:20: Muertes por falta de atención en inmigrantes sin papeles, dificultad para la asistencia en parados de larga duración. Riesgo de dejar sin tratamiento enfermedades infecciosas que precisan tratamiento prolongados no hospitalarios, etc.

3 Jul 2017, 21:20:41: Aumento listas esperas, desigualdad acceso. no equidad. Concienciar sobre coste económico del sistema. Menos abuso de fármacos x pensionistas?

9 Jul 2017, 20:38:14: El copago, tal y como se aplica, da lugar a fraude.

14) En cuanto a la calidad de la atención al paciente, señale si ha notado alguno de estos cambios desde la aprobación del RD-L 16/2012 (marque todas las respuestas que considere correctas):

	frec.	total	resp.
<input type="checkbox"/> No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.	432	42.9%	28.6%
<input type="checkbox"/> Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.	261	25.9%	17.3%
<input type="checkbox"/> Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.	301	29.9%	19.9%
<input type="checkbox"/> Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas.	182	18.1%	12.1%
<input type="checkbox"/> Se ha reducido el número de algunos tratamientos.	251	24.9%	16.6%
<input type="checkbox"/> Otros (señale cuáles)	82	8.1%	5.4%



Otros (señale cuáles)

	frec.	total
<input type="checkbox"/> Sin respuesta	871	86.4%
<input type="checkbox"/> Respuestas	137	13.6%



17 Mar 2017, 10:38:32: problemas con los anticoagulantes nuevos

17 Mar 2017, 10:57:02: todo va peor. Mayor tiempo de espera, mayor tiempo para las pruebas, mayor tiempo para operarse.

17 Mar 2017, 11:04:29: .

17 Mar 2017, 11:05:37: Problemas de acceso a medicación de inmigrantes

17 Mar 2017, 11:14:05: Listas de espera

17 Mar 2017, 11:25:35: No he notado cambios en la atención al paciente, pero sí en la percepción de esa calidad por parte del paciente

17 Mar 2017, 11:26:50: No he trabajado en la época anterior a dicha ley.

17 Mar 2017, 11:33:05: La calidad sigue siendo igual de mala que antes

17 Mar 2017, 11:53:13: no estoy segura

17 Mar 2017, 11:57:18: Cada vez vemos más urgencias de procesos no urgentes

17 Mar 2017, 11:58:36: Problemas administrativos

17 Mar 2017, 12:01:27: Los cambios en la atención están relacionados con las políticas de austeridad y no sólo con el RDL 16/2012

17 Mar 2017, 12:07:17: Todas las señaladas anteriormente, aunque no estan en los papeles por escrito.

17 Mar 2017, 12:07:49: No trabajo en sanidad publica

17 Mar 2017, 12:07:55: Se trabaja mas forzado y peor

17 Mar 2017, 12:21:14: Creo que se deben reducir mucho mas algunos tratamientos, sobretudo algunos crónicos y mal prescritos o mantenidos. Se deben permitir unos pocos de los que se han retirado. Se debe invertir MUCHÍSIMO mas en prevención, que es lo más eficaz y eficiente. Vigilancia de la Salud, Promoción de la Salud, Presencia en los medios y Formación desde los medios públicos, sobretudo de cómo hacer uso de sus derechos y sus deberes. (Cómo y cuando usar servicios de urgencias y emergencias y cuando no usarlos, alertas sanitarias, como tratar con respeto al personal sanitario...)

Ha habido mucho desabastecimiento de fármacos importantes como vacunas.

17 Mar 2017, 12:26:21: menos prevención y atención primaria

17 Mar 2017, 12:26:49: Mal humor del personal

17 Mar 2017, 12:29:15: Pacientes emigrantes sin recursos quedan en el limbo.

17 Mar 2017, 12:36:14: Mayor saturación de los servicios sanitarios en general y aumento de las listas de espera diagnósticas y quirúrgicas.

17 Mar 2017, 12:36:36: Se invierte dinero en cuestiones que no son puramente asistenciales

17 Mar 2017, 12:38:43: No se traduce tanto en una disminución de la calidad de atención como en mayor sobrecarga, rendimiento y eficacia de los profesionales

17 Mar 2017, 12:51:39: Me parece muy correcto que salgan fuera de la financiación medicamentos de complacencia como mucolíticos y antitusivos

17 Mar 2017, 12:54:30: retraso de diagnósticos y tratamientos, tanto agudos como crónicos, a paciente q han sido excluidos de la atención sanitaria

17 Mar 2017, 13:09:36: El sistema y los profesionales están al límite.

17 Mar 2017, 13:33:33: Se ha reducido el nº de ingresos i/o retrasos en cirugías

17 Mar 2017, 13:49:41: Aumento de duplicación de pruebas por la pública de pacientes privados, remitidos desde Centros de Salud a especialistas de la pública

17 Mar 2017, 14:01:51: No puedo opinar. Trabajo en laboratorio 100%

17 Mar 2017, 14:06:49: No tengo recetas

17 Mar 2017, 14:24:34: No hay tiempo suficiente para hacer el trabajo de forma excelente

17 Mar 2017, 14:31:16: Se ha reducido el nº de médicos y se ha incrementado (mucho) el nº de pacientes vistos por cada médico

17 Mar 2017, 14:34:04: Se ha incrementado en horario laboral sin un sentido claro y se ha aprovechado para hacernos trabajar jornadas de turno corrido.

17 Mar 2017, 14:43:29: Aumentan las listas de espera y disminuyen los tiempos de atención al haber menos personal

17 Mar 2017, 14:49:41: Supongo que se habrá reducido el gasto sanitario.

17 Mar 2017, 15:38:00: La atención al paciente depende en gran parte del profesional, pocos cambios pueden afectarla... si el profesional presta en todo momento una atención eficiente y adecuada

17 Mar 2017, 15:38:48: detrimento generalizado de la sanidad pública

17 Mar 2017, 15:45:44: Ha aumentado considerablemente el número de visitas a urgencias. es el lugar donde no se restringe ni atención ni administración de medicación

17 Mar 2017, 16:06:49: Han sobrecargado las consultas de atención primaria porque muchos especialistas para ver menos pacientes los derivan a primaria aunque sea un paciente que debería ser llevado en especializada y junto con la no sustitución de las bajas y las vacaciones en atención primaria estamos muy sobrepasados

17 Mar 2017, 16:21:29: Menos camas, mayor estrés del facultativo, mas presiones.

17 Mar 2017, 16:24:47: Los facultativos estamos mas sobrecargados de trabajo por las políticas de ahorro

17 Mar 2017, 16:25:13: Se gestiona mejor el gasto

17 Mar 2017, 16:25:19: Se ha reducido el número de profesionales que deben atender a los pacientes tanto en consultas externas, urgencias y hospitalización

17 Mar 2017, 18:18:30: Hay pacientes fuera del sistema que no tienen MAP y sólo pueden ser atendidos por urgencias

17 Mar 2017, 19:26:54: La calidad depende de las personas, y sigue siendo la misma

17 Mar 2017, 19:39:35: Se invierte menos en investigación.

17 Mar 2017, 19:41:21: Ha aumentado el tiempo para ir a una consulta; incluso de Atención primaria. Los protocolos perjudican al enfermo a la hora de ser diagnosticado

17 Mar 2017, 19:46:32: Ha aumentado la lista de espera para algunas pruebas.

17 Mar 2017, 20:32:01: No considero que esos cambios que han enunciado y que puedan existir sean por esa ley .

17 Mar 2017, 20:50:54: Profesionales mas quemados, que atienden de peor humor

17 Mar 2017, 21:27:41: Algunos habitantes del país no pueden acceder a la medicina no urgente

17 Mar 2017, 21:44:32: Ha aumentado la morbimortalidad

17 Mar 2017, 22:15:20: Los cambios ha sido por otros factores

17 Mar 2017, 22:16:27: Más presión asistencial frente a peores medios y maltrato por parte de la consejería

17 Mar 2017, 22:44:42: Se ha excluido del sistema a personas vulnerables

17 Mar 2017, 22:58:14: Ha disminuido el número de médicos

17 Mar 2017, 22:59:14: Han empeorado las condiciones laborales de los médicos y enfermeros en la sanidad pública

17 Mar 2017, 23:04:41: actualmente solo ejerzo en la forma de asistencia privada, con lo que mi información es solo teorica

17 Mar 2017, 23:14:30: desorden en general que redunde en pero atención puesto que los profesionales están mal informados

17 Mar 2017, 23:47:25: menos personal

18 Mar 2017, 00:12:03: SE UNEN VARIOS FACTORES QUE HACEN QUE LA CALIDAD DE LA ATENCION SEA PEOR YA QUE EXISTEN JUICIOS QUE DESHUMANIZAN EL SERVICIO, ES EL CASO DE ATENCION A MAYORES CON ALGUNA LIMITACION PSIQUICA O FISICA QUE LA ACELERAN PUES SE EQUIPARA LA CALIDAD DE VIDA DE UN MAYOR A LA DE PERSONAS QUE ESTAN EN FRANJAS DE EDADES MAS JOVENES Y SE DESESTIMA QUE MIENTRAS MAS MAL SE ATIENDA A LA TERCERA EDAD MAS DE AFECTA LA CALIDAD DE VIDA SI SIGUE CON VIDA, POR OTRA PARTE S DESESTIMA SU DERECHO AL SERVICIO QUE MUCHOS PAGARON CON SU COTIZACION

18 Mar 2017, 00:53:56: Más tecnificación pero con menos personal

18 Mar 2017, 01:10:48: Reducción de personal, plantillas insuficientes, redunde en un peor asistencia, masificación de consultas, pérdida de la continuidad asistencial. Gran deterioro de las instalaciones, higiene muy deficiente por los cambios en horarios laborales de servicio d limpieza q compromete la seguridad de la asistencia. Muchas cosas podrian decirse

18 Mar 2017, 01:23:26: Menos mal que aun esta por encima el criterio medico, que logra frenar los efectos negativos de todo lo anterior , pero cada vez con mas limitaciones.

18 Mar 2017, 09:20:44: lo mismo. Se deriva desde primaria a especializada con mayor frecuencia

18 Mar 2017, 11:23:12: Personas q tienen dificultades burocráticas q les hacen no poder consultar

Pobreza farmacológica

18 Mar 2017, 13:25:10: al disminuir tiempos, a veces se solicitan mas pruebas...

18 Mar 2017, 14:01:20: evolución al deterioro generalizado en urgencias

18 Mar 2017, 14:05:54: No ha redundado en cambios, al no depender estos de dicha ley

18 Mar 2017, 17:30:12: Estsmos perdiendo medios y se tarda mas en atender a los pacientes, pero no tiene relación con la nueva ley

18 Mar 2017, 18:32:48: Al haber reducido la plantilla de profesionales y el número de camas hospitalarias públicas la atención tanto ambulatoria como hospitalaria se ha visto bastante mermada, resultando además frustrante para el profesional el ejercicio de la medicina

18 Mar 2017, 18:44:41: EL ALTA TEMPRANA TAMBIEN ES UN INDICE DE CALIDAD

18 Mar 2017, 19:18:38: EL COPAGO HACE QUE DISMINUYA LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS

18 Mar 2017, 19:50:07: mas listas de espera por jubilación de médicos con gran experiencia

18 Mar 2017, 20:17:25: Pacientes con enfermedades crónicas peor controladas, pacientes con enfermedades de fácil tratamiento sin tratar.

18 Mar 2017, 21:26:14: Elección de fármacos

18 Mar 2017, 23:45:05: El copago

19 Mar 2017, 11:14:52: Se han implementado medidas disuasorias en la Admisión de muchas urgencias, amenazas de cobro en Urgencias (illegales) y disminución de derivaciones a especialistas en casos necesarios

19 Mar 2017, 11:17:43: Como ya he dicho el efecto sobre el asegurado es negativo

19 Mar 2017, 12:27:11: Han aumentado las listas de espera

19 Mar 2017, 12:48:09: Descrito en la pregunta anterior.

19 Mar 2017, 12:52:14: el paciente está conformado por el exceso de actividad "complaciente", pero debajo de dicho maquillaje, no hay el contenido y trabajo que había antes

19 Mar 2017, 13:40:48: las respuestas de la 2 a la 5 se dan al mismo tiempo

19 Mar 2017, 13:59:14: Más procedimientos quirúrgicos ambulatorios

19 Mar 2017, 17:41:34: Lentitud en hacer pruebas diagnósticas y visitas a especialistas

19 Mar 2017, 18:47:02: se ha disparado la lista de espera quirúrgica

20 Mar 2017, 00:24:14: No sean reducido servicios

20 Mar 2017, 00:53:47: En mi centro, por menor contratación.

20 Mar 2017, 08:09:02: Demora en citaciones.

20 Mar 2017, 10:56:55: Se ha desvirtuado el objetivo inicial de proporcionar de forma universal asistencia y tratamiento.

20 Mar 2017, 11:01:49: No tengo experiencia laboral previa a 2012

20 Mar 2017, 14:25:04: pero si se controla y presiona más en cuanto a tratamientos caros

20 Mar 2017, 17:20:03: cada vez tenemos consultas más saturadas, y por lo tanto, menor tiempo de atención a cada paciente, lo que redunde en un aumento del riesgo de errores

20 Mar 2017, 17:41:44: Se ha reducido el número de personas que. Pueden acceder a la sanidad pública, ya no es universal

20 Mar 2017, 19:25:15: Se ha empezado a pensar en el coste eficacia

20 Mar 2017, 19:49:33: se ha reducido el número de profesionales que trabajan para la sanidad pública derivándose a la sanidad privada pruebas diagnósticas y consultas

20 Mar 2017, 20:22:39: No se nos permite atender en las consultas a los inmigrantes "sin papeles" aunque llevemos tiempo haciéndolo y su enfermedad sea grave

20 Mar 2017, 20:22:46: No tengo una opinión al respecto, puesto que no trabajo en la sanidad pública

20 Mar 2017, 20:31:45: el nivel de calidad (alto o bajo) sigue siendo el mismo, y es verdad que se han eliminado de la lista de medicamentos subencionados por el sistema sanitario algunos medicamentos de eficacia terapéutica muy discutida y completamente prescindibles.

20 Mar 2017, 21:15:42: Debería haber disminuido los gastos favoreciendo la sostenibilidad del sistema

20 Mar 2017, 22:11:29: No siempre es malo reducir pruebas o tratamientos

20 Mar 2017, 22:43:38: Mayor lista de espera; dificultad de acceso a atención sanitaria

20 Mar 2017, 23:05:25: En general, se tienen mucho más en cuenta factores económicos, que deberían ser secundarios para brindar una atención de calidad basada en otros parámetros

21 Mar 2017, 00:56:47: Se ha reducido el personal, calidad de la contratación y aumentado el ratio de médico/paciente enfermera/ paciente que ha conllevado un incremento de "los despistes y errores" humanos por parte del personal sanitario

21 Mar 2017, 11:37:39: Trabajo en España desde 2015, antes en Bélgica, por lo que no puedo opinar.

21 Mar 2017, 12:30:30: No encuentro auténtica cultura de calidad asistencial, aunque esto no sé si tiene relación con el RD-L 16/2012

21 Mar 2017, 13:27:05: se ha iniciado derivación de pacientes de la sanidad pública a la privada sin análisis de los costes derivado de esto

21 Mar 2017, 13:47:52: Lo reseñado en el apartado 13

21 Mar 2017, 14:42:40: Se ha reducido el personal. Se ha masificado la asistencia. No se reponen equipos. Se ha despersonalizado la asistencia en muchos casos y se ha desmotivado al personal. Las personas jóvenes están en situación precaria y comparten trabajos con la privada. El personal viene a trabajar enfermo en algunos casos, ya que hay un descuento importante por baja laboral

21 Mar 2017, 14:43:15: aumento de listas de espera.

21 Mar 2017, 15:06:24: Tiempos de espera mayores para acceder a las consultas.

21 Mar 2017, 15:47:37: Mayor burocratización. Mayores trabas informáticas. Mayor control por personal no médico (farmacéuticos, gestores, informáticos...)

21 Mar 2017, 15:48:21: además acude mucha más gente sin cita a las consultas, no piden suplentes, con lo cual la presión asistencial en el centro de salud es cada vez mayor, y los niveles de estrés que llegamos a alcanzar los profesionales médicos son exagerados, yo me estoy planteando dejar la profesión o bien irme al extranjero para tener unas condiciones de trabajo dignas

21 Mar 2017, 17:02:19: Han aumentado las listas de espera quirúrgicas y de consulta externa

21 Mar 2017, 17:11:54: Disminución de la calidad de la asistencia por falta de personal, lo que redundará en mala organización.

21 Mar 2017, 20:11:10: La demora en algunas citas es excesiva. El descaro para derivar a lo privado lo que la sanidad pública puede pagar sin tener que gastar tanto dinero como cuando busca un servicio externo.

21 Mar 2017, 22:39:55: los de la 13

22 Mar 2017, 09:17:27: Facturas inadecuadas a pacientes con derecho dentro del RDL 16/2002. Incumplimiento del RDL con los niños.

22 Mar 2017, 10:25:06: Aumento de listas de espera

22 Mar 2017, 10:30:58: Cada día se ponen más trabas y requisitos a la realización de pruebas diagnósticas, o a la administración de determinados tratamientos, y hay fármacos de uso habitual, básicos(AINES tópicos p.ejm) sin ninguna financiación, a los que hay personas que no pueden acceder económicamente

22 Mar 2017, 11:00:30: Listas de espera

22 Mar 2017, 18:25:30: dado que la calidad la presta el personal sanitario

22 Mar 2017, 20:47:15: Citas muy demoradas en algunas especialidades pero creo no se debe a esta LEY

22 Mar 2017, 21:07:12: listas de espera mayores en intervenciones consultas, y pruebas. ej. para hacer una colonoscopia la lista de espera es de un año ;;; si en urgencias se les olvida poner urgente, te dan cita para meses aunque sea un cáncer, las consultas están abarrotadas y los profesionales

22 Mar 2017, 22:10:56: Inicia a trabajar en 2015 y solo conozco el sistema público ! Los comentarios por referencia del Privado

23 Mar 2017, 12:41:52: Masificación de consultas y hospitales.

23 Mar 2017, 13:45:18: cada vez acuden a mi consulta privada más pacientes que en principio prefieren el recurso público, pero dada la tardanza en atenderles y el escaso tiempo que les dedican una vez acuden al psiquiatra público, optan por la asistencia privada, no teniendo muchas veces grandes ingresos

23 Mar 2017, 18:55:13: Más presión asistencial, implica menos tiempo y peor. Calidad

24 Mar 2017, 18:54:01: muchos fármacos genéricos no tienen el mismo efecto que los medicamentos originales y así lo refieren no pocos pacientes, que solicitan el original.

26 Mar 2017, 16:32:05: ...

28 Mar 2017, 00:05:48: En general, no sé si por este decreto o ya de antes, los sanitarios y por la parte que nos toca los médicos nos estamos viendo obligados a hacer mucha actividad que realmente sólo tiene objetivo "fiscalizar" y contabilizar la actividad que se realiza mermando la actividad que realmente es importante: la atención al paciente.

29 Mar 2017, 06:51:04: Hay menos personal y más retraso en las pruebas y más sobrecarga asistencial.

30 Mar 2017, 12:05:13: Aumento sobrecarga profesionales y listas de espera

2 Apr 2017, 21:15:04: No he notado cambios en la atención a los pacientes que siguen teniendo derecho a la asistencia, pero sí en aquellos que han perdido el derecho a la asistencia no urgente.

17 Apr 2017, 09:57:11: Es difícil de conocer a nivel general todos estos detalles y dudo de que alguien los conozca a fondo. En España el control de calidad de la sanidad es inexistente o muy deficitario y además no es transparente

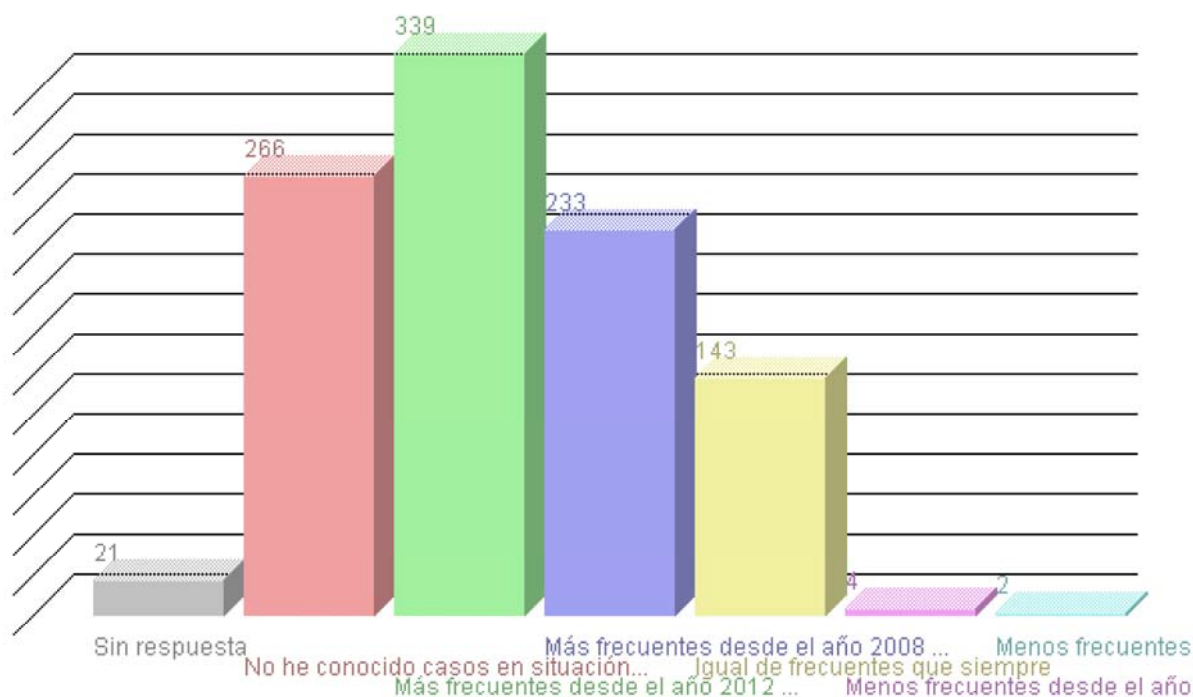
19 Apr 2017, 10:22:25: ha aumentado la lista de espera llegando a ser de más de un año incluso para recibir un primer diagnóstico.

25 Apr 2017, 15:21:20: Se dan casos de falta de atención o se disuade de acudir con la amenaza de cobrar la asistencia a urgencias.

9 Jul 2017, 20:38:14: La calidad de la asistencia siempre ha dependido de la voluntad de los trabajadores asistenciales del dispositivo usado. No de RDs

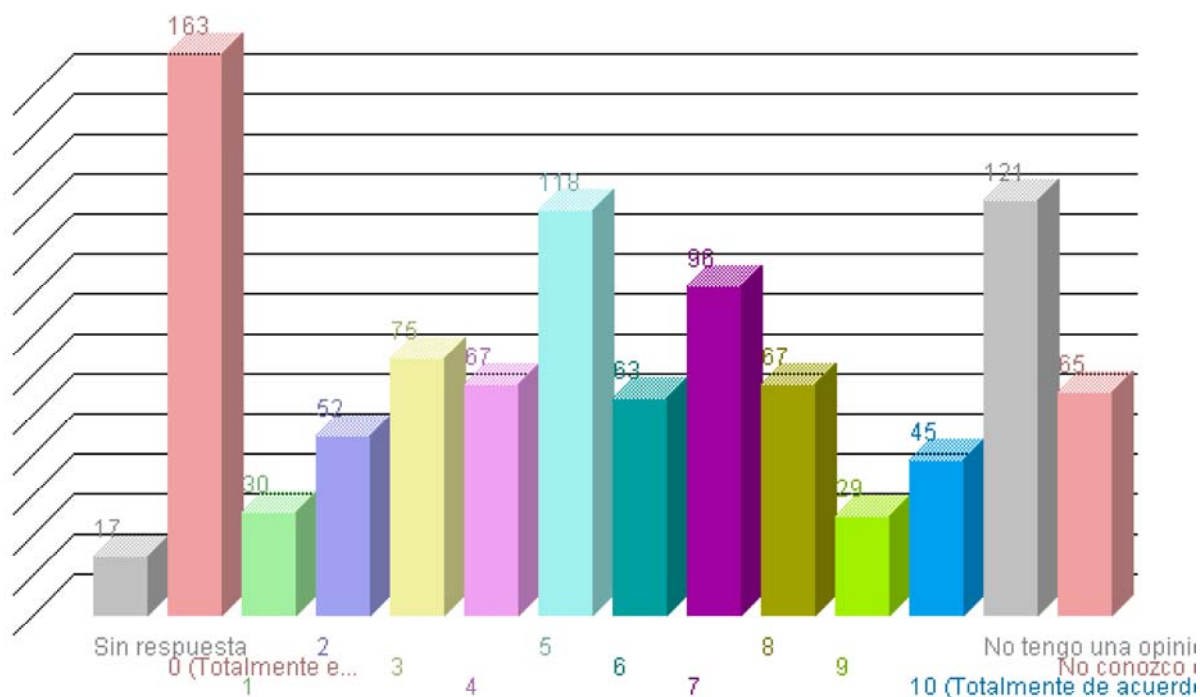
15) ¿Cree que los pacientes que rechazan la toma de alguna medicación porque no disponen de medios económicos suficientes para sufragarla, son más frecuentes, menos frecuentes o igual de frecuentes desde...?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	21	2.1%	
No he conocido casos en situación de no poder pagarse la medicación que se le receta	266	26.4%	27%
Más frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)	339	33.6%	34.3%
Más frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)	233	23.1%	23.6%
Igual de frecuentes que siempre	143	14.2%	14.5%
Menos frecuentes desde el año 2012 (aprobación del Real Decreto Ley 2012)	4	0.4%	0.4%
Menos frecuentes desde el año 2008 (crisis económica)	2	0.2%	0.2%



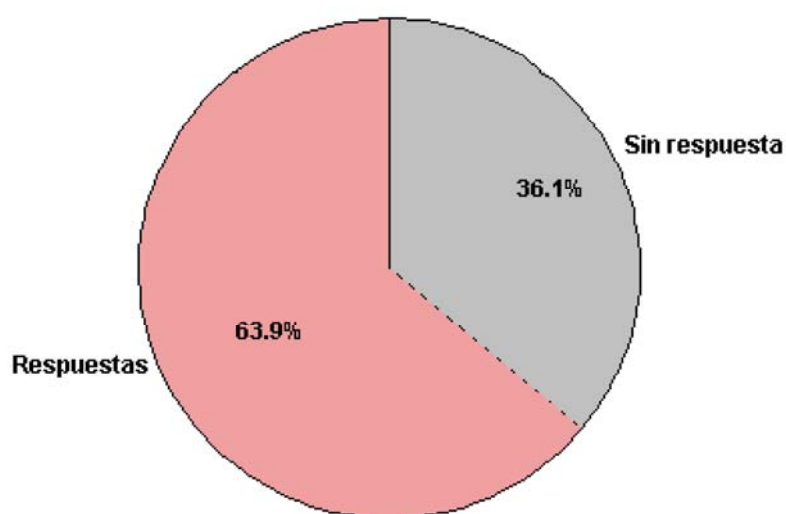
16) En términos generales, ¿está de acuerdo con el RD-L 16/2012? Valore de 0 a 10, significando '0' que está totalmente en desacuerdo y '10' que está totalmente de acuerdo.

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	17	1.7%	
0 (Totalmente en desacuerdo)	163	16.2%	16.4%
1	30	3%	3%
2	52	5.2%	5.2%
3	75	7.4%	7.6%
4	67	6.6%	6.8%
5	118	11.7%	11.9%
6	63	6.2%	6.4%
7	96	9.5%	9.7%
8	67	6.6%	6.8%
9	29	2.9%	2.9%
10 (Totalmente de acuerdo)	45	4.5%	4.5%
No tengo una opinión clara al respecto	121	12%	12.2%
No conozco en detalle esos cambios	65	6.4%	6.6%



17) Por favor, detalle brevemente los motivos que le llevan a tener esa opinión.

	frec.	total
Sin respuesta	364	36.1%
Respuestas	644	63.9%



17 Mar 2017, 10:19:48: Injusto e innecesario
17 Mar 2017, 10:25:57: Muchos mayores. con bajas pensiones no pueden pagar todos sus medicamentos
17 Mar 2017, 10:31:51: Inequidad
17 Mar 2017, 10:35:21: La gratuidad 100% no es positiva. Es imprescindible que el ciudadano comparta el coste de la asistencia. estoy a favor del Copago razonable
17 Mar 2017, 10:39:12: Se ha racionalizado el uso de los recursos
17 Mar 2017, 10:41:32: Los problemas de suficiencia financiera del SNS obligan a recortar el acceso, ya que otras vías de financiación son mal recibidas.
17 Mar 2017, 10:43:12: Creo q hay q controlar el gasto y el abuso por parte del usuario
Concienciar del coste al paciente
Estábamos en una deriva de gasto
Hay q ajustar la financiación al poder adquisitivo individual
17 Mar 2017, 10:43:31: Soy médico. Mi código ético me impide no atender a cualquier ser humano
17 Mar 2017, 10:44:05: La sanidad es fundamental para las personas y el gasto en ella es mínimo. Cómo es gratis a gastar sin freno.
17 Mar 2017, 10:44:35: Excluye tratamientos a pacientes con ingresos economicos bajos
17 Mar 2017, 10:44:52: Para mayor eficiencia del sector público hay que introducir modificaciones en la gestión. Pero eso no consiste en comprar menos gasas.

17 Mar 2017, 10:44:53: Mi trabajo es en un servicio de urgencias y no he detectado ningún caso afectado pero si por mis compañeros se que hay gente que no puede costearse los tratamientos y personas sin posibilidad de acceso a la sanidad pública salvo en urgencias por lo que no tienen un seguimiento

17 Mar 2017, 10:46:33: Necesario un control racional del gasto farmacéutico y en pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 10:50:10: Hay que ahondar más en la ley, y dejar de financiar totalmente fármacos sin evidencia suficiente. También ofrecer fármacos que sí están avalados sin presionar a los médicos para que no prescriban o aceptar que esos fármacos no pueden financiarse y comunicarlo efectivamente al paciente, y no de un modo velado y con presiones directas o indirectas a los facultativos.

17 Mar 2017, 10:50:31: no opinion

17 Mar 2017, 10:51:33: No se puede limitar el acceso a la sanidad a personas desfavorecidas que están en España por el mero hecho de ser "ilegales" según el concepto de este gobierno

17 Mar 2017, 10:52:53: El acceso a la sanidad debe ser universal igual que el acceso a los tratamientos siempre con un buen control y gestión de los recursos

17 Mar 2017, 10:57:02: Debería ser mas restrictiva con personas que nunca han cotizado en nuestro país.

17 Mar 2017, 10:58:30: Introduce criterios para hacer sostenible el sistema

17 Mar 2017, 11:01:36: Aumento de la carga económica en los más desfavorecidos.

17 Mar 2017, 11:03:52: porque no se puede generalizar y se debería ser más cuidadosos ante las diferencias sociales

17 Mar 2017, 11:04:29: Hay menos despilfarro

17 Mar 2017, 11:05:37: De acuerdo con copago

Pero cobertura universal básica

17 Mar 2017, 11:05:43: Ver más arriba

17 Mar 2017, 11:05:55: Salvo el acceso universal, el resto de las medidas me parecen pertinentes para el mantenimiento del sistema sanitario.

17 Mar 2017, 11:07:16: No es justo que además de estar enfermos la gente deba pagar por ello. El no cumplimentar un tratamiento por no tener dinero puede acarrear complicaciones posteriores que le cuesten más a la sanidad pública que el medicamento para prevenirla

17 Mar 2017, 11:10:35: Estoy de acuerdo en la necesidad de ajustar mejor el nivel de copago de fármacos en función de los recursos económicos individuales, si bien este debería individualizarse mejor en función de la renta y debería tener en cuenta el número de personas a cargo. Por ejemplo un matrimonio en el que uno de los miembros es beneficiario del otro debe pagar el mismo % por los fármacos de ambos.

En lo referente a la accesibilidad creo que la sanidad ha de ser universal, lo considero una cuestión de justicia y también de salud pública.

17 Mar 2017, 11:11:11: Tiene sentido restringir ciertos servicios o poner copago en ciertos medicamentos pero me parece un parche que cambia poco la situación

17 Mar 2017, 11:11:34: No creo que todavía esté solucionado el tema, cuando veo las largas listas de espera y las demoras en las urgencias hospitalarias que a veces son alarmantes por el déficit del personal.

17 Mar 2017, 11:12:19: No tengo experiencia al respecto

17 Mar 2017, 11:13:08: Los pacientes, teniendo en cuenta sus ingresos, aportan un porcentaje del coste de la medicación, me parece que evita en parte abusos que existían anteriormente

17 Mar 2017, 11:13:21: La inmigración consume muchos recursos sanitarios y no contribuye al sostenimiento del sistema.

17 Mar 2017, 11:13:28: Se malgastaba demasiado ahora hay más control

17 Mar 2017, 11:14:05: Perdió la condición de universal.

17 Mar 2017, 11:15:35: La sanidad pública del estado debe ser universal. La restricción de medicamentos interfiere en el trabajo diario.

17 Mar 2017, 11:16:09: Los recursos son limitados. La gratuidad absoluta induce al despilfarro. No se puede dar servicio sin control a quien no contribuye a mantenerlo.

17 Mar 2017, 11:19:00: El modelo actual no es sostenible. Algo hay que hacer. Los médicos somos los principales responsables y nos tenemos que concienciar.

Si no lo hacemos, se tomarán medidas que nos afectan sin poder decidir

17 Mar 2017, 11:19:36: Es cierto que no se puede despilfarrar el dinero, y que los recursos son limitados, pero creo que hay otros sitios donde recortar, antes que en Sanidad.

17 Mar 2017, 11:21:12: poca repercusión en mi práctica diaria

17 Mar 2017, 11:21:55: No necesario si hay mejor gestión de los recursos

17 Mar 2017, 11:22:10: economicos

17 Mar 2017, 11:23:40: La sanidad no se mejora con restricciones sino gestionando bien los recursos y auditando las funciones en todos los sectores

17 Mar 2017, 11:24:02: Creo que no se ha tenido en cuenta la opinion de los profesionales

17 Mar 2017, 11:25:16: ES PARA TODOS PERO SI LA PAGAMOS TODOS. NO SOMOS ONGS

17 Mar 2017, 11:25:35: No me parece bien el copago en ciertas cosas ni en toda la gente, pero si me parece importante el que no parezca que no cuesta.

Creo que la asistencia sanitaria vital y a niños debe ser universal. La de mejora de la calidad de vida tal vez no

17 Mar 2017, 11:25:44: Inicia un deterioro de un sistema indispensable para la cohesión social del país y repercute negativamente en la Salud de la población

17 Mar 2017, 11:26:27: Pérdida de equidad y accesibilidad, discriminación económica

17 Mar 2017, 11:27:05: La intención oculta no es la sostenibilidad sino dar mas margen de negocio a las privadas. Es la privatización encubierta. Primero deterioro el sistema, luego digo que es malo y que para arreglarlo pongo la privada cuyo coste por paciente/año presupuestado a priori es menor pero luego les pago un sobrecoste por lucro cesante o por sobretratamientos

17 Mar 2017, 11:28:27: La prescripción de fármacos la realiza un médico, que es el que considera si un paciente debe o no tomarlo, no es decisión ni deseo del paciente el tomarlo.

17 Mar 2017, 11:28:29: La población y los profesionales deben conocer los costes reales del sistema

17 Mar 2017, 11:29:00: La sanidad pública debe ser universal y gratuita dependiendo de los niveles económicos del paciente

17 Mar 2017, 11:29:52: El acceso ha de seguir siendo universal, el ahorro debe centrarse en un sistema más eficiente no restringiendo su acceso.

17 Mar 2017, 11:30:28: El copago por renta y la receta por principio activo es una buena manera de controlar el expendio de medicamentos. Solo cuando el ser humano paga por algo de su bolsillo, tiene verdadera conciencia de ello, si "lo paga el estado" a veces se mal cree que "lo paga otro"

17 Mar 2017, 11:32:21: Es necesario hacer un buen uso de los recursos. Hay que concienciar a la sociedad y en ocasiones es imprescindible que para que la sociedad se conciencie tiene que hacerse cargo de una parte del coste. La universalidad lleva a abusos del sistema.

17 Mar 2017, 11:32:23: Se pierde ciencia

17 Mar 2017, 11:35:16: los pacientes son los mismos en consulta, igual de demandantes, mismas patologías, misma lista de espera etc...

17 Mar 2017, 11:36:56: El impacto que esas medidas han tenido sobre los puestos de trabajo del personal sanitario

17 Mar 2017, 11:37:25: Creo que hay unos recursos económicos limitados y la población aumenta constantemente y es imposible mantener el sistema dando absolutamente todo a todo el mundo.

17 Mar 2017, 11:38:59: EL SISTEMA PÚBLICO CONOCIDO ES INSOSTENIBLE EN LAS CONDICIONES EN QUE ESTÁBAMOS ACOSTUMBRADOS. SE HA MALGASTADO.

17 Mar 2017, 11:40:06: se potencia la atención rápida y masificada aún a costa de una peor atención al paciente

17 Mar 2017, 11:41:19: el abuso y mal uso de los medios disponibles

17 Mar 2017, 11:42:39: SE CREAN DESIGUALDADES EN UNA NECESIDAD BÁSICA COMO ES EL CUIDADO DE LA SALUD

17 Mar 2017, 11:43:02: En general ha perdido calidad

17 Mar 2017, 11:43:07: usuario

17 Mar 2017, 11:43:45: no ha sido positivo en plena crisis economica

17 Mar 2017, 11:43:45: Es más sostenible cualquier sistema que tenga en cuenta los ingresos ...y que los pacientes paguen en proporción a sus ingresos .

17 Mar 2017, 11:45:55: Ahorra gasto pero es un doble impuesto.

17 Mar 2017, 11:46:34: Crea dificultades para tener acceso a algunos tratamientos.

17 Mar 2017, 11:46:40: No percibo ningún cambio en la atención que reciben los pacientes.

17 Mar 2017, 11:47:10: Sin cambios

17 Mar 2017, 11:49:27: No todos pueden dar copago

17 Mar 2017, 11:49:59: Necesidad de evitar sobre uso

Presupuestos no ilimitados

17 Mar 2017, 11:50:16: Los pacientes no aprecian lo que creen que es gratis.

17 Mar 2017, 11:51:12: la atención tiene que ser universal y gratuita, el copago podría ser necesario pero sería el último paso, antes hay un montón de cosas que hacer

17 Mar 2017, 11:52:15: Ya los he comentado anteriormente.

17 Mar 2017, 11:53:13: Creo que no soluciona problemas reales y perjudican a ciertos colectivos vulnerables y por ende a la sociedad en general

17 Mar 2017, 11:53:41: Se trata fundamentalmente de un recorte de prestaciones, cuando otros elementos como la buena gobernanza y la gestión clínica serían más eficientes, en mi humilde opinión.

17 Mar 2017, 11:53:59: No se puede universalizar el copago farmacéutico ni las restricciones a pruebas diagnósticas / tratamientos. Se deberían valorar más las situaciones personales.

17 Mar 2017, 11:54:30: Elaborado con aparentes criterios de ahorro económico menospreciando a usuarios y personal y primando a intereses privados (Ex Consejeros de Sanidad en importantes puestos de la privada....)

17 Mar 2017, 11:56:37: Creo que los medios no son indefinidos y se deben racionalizar. No obstante quizás el la forma de hacerlo no es la más justa

17 Mar 2017, 11:57:18: estoy a favor de una sanidad pública para todos, pero con obligaciones de los pacientes como son pedir cita, arreglar los papeles, ...

17 Mar 2017, 11:58:28: creo en el acceso universal y gratuito (ya pagado con los impuestos)

17 Mar 2017, 11:58:36: Inequidad para la población, peligro Salud Pública, pérdida de derechos adquiridos y bienestar del país

17 Mar 2017, 11:58:56: .

17 Mar 2017, 11:59:56: aleja la sanidad pública al ciudadano y empeora la calidad de la misma

17 Mar 2017, 11:59:58: Hay cuestiones positivas y negativas

17 Mar 2017, 12:01:06: El modelo de financiación del sistema haría que los servicios sean universales y gratuitos... el problema es cómo mejorar la financiación.

17 Mar 2017, 12:01:27: Es profundamente injusto con los que más lo necesitan

17 Mar 2017, 12:02:38: Creo que hay gente que puede pagárselo

17 Mar 2017, 12:04:08: Falta de previsión de servicios ,necesidad de aumento de plantillas y consolidación de empleo para poder dar una buena asistencia .

Control del gasto farmacéutico es fundamental.

17 Mar 2017, 12:05:18: Hay que intentar hacer reformas nuevas aun que no funcionan del todo.

17 Mar 2017, 12:05:27: Se reduce el gasto farmacéutico innecesario

17 Mar 2017, 12:05:47: Los recursos no son ilimitados , hay que controlar el gasto de alguna manera , y el copago , con ciertas condiciones parece un medio adecuado.

17 Mar 2017, 12:06:53: Estoy en contra de la restricción de la atención sanitaria. Podrían regularse los casos de abuso (turismo sanitario, etc.).

17 Mar 2017, 12:07:00: Creo que el copago con sigue concienciar a los pacientes de que los medicamentos y la sanidad cuestan dinero.

17 Mar 2017, 12:07:17: Se habla de Equidad y esa Ley la rompe. Además se ha roto el concepto de universalidad de la sanidad pública.

17 Mar 2017, 12:07:17: Es peor

17 Mar 2017, 12:07:45: Es necesaria

17 Mar 2017, 12:07:49: Creo que es injusto, aumenta las diferencias entre distintas clases sociales, va en contra de los principios de la sanidad pública española y además creo q a largo plazo no es coste efectivo

17 Mar 2017, 12:07:55: Me parece bien el control del gasto farmacéutico, pero por renta, no general.

Nulo control de la prescripción.

17 Mar 2017, 12:07:57: Es necesaria

17 Mar 2017, 12:08:40: La falta de equidad básicamente.

17 Mar 2017, 12:08:49: No representan un ahorro realmente significativo, ni mejoran la efectividad del sistema. Sobre todo considerando los efectos nocivos que tienen sobre el sistema.

17 Mar 2017, 12:09:18: Los médicos tienen unas retribuciones pífimas si aplicamos la responsabilidad que tienen y las denuncias cada vez más numerosas una vergüenza

17 Mar 2017, 12:11:46: No creo en el gratis total de forma generalizada, los pensionistas de rentas altas deben pagar, pero parados no. Los medicamentos genéricos y compras centralizadas abaratan costes.

17 Mar 2017, 12:14:40: no tengo conocimiento de la ley

17 Mar 2017, 12:15:33: La restricción de las pruebas diagnósticas no es aceptable

17 Mar 2017, 12:16:40: El paciente es más responsable del gasto farmacéutico

17 Mar 2017, 12:17:15: El usuario abusa de la sanidad pública

17 Mar 2017, 12:17:22: Con el único punto que podría estar de acuerdo sería con el copago farmacéutico único, en cuanto a la baremación de copago según renta, para que colaboren más aquellos que más ganan y pág en menos los de menor renta

17 Mar 2017, 12:17:38: Es un atentado contra el sistema sanitario

17 Mar 2017, 12:21:14: creo que se han hecho mejoras importantes pero se deben hacer muchas más, y sobre todo dotar de muchos mayores recursos sobre todo al personal sanitario que es el valor más importante sin duda en nuestro sistema sanitario.

17 Mar 2017, 12:24:58: Desde la Atención al Final de la Vida es totalmente inadecuado

17 Mar 2017, 12:25:24: No veo mal determinados copagos, siempre y cuando se atiende al nivel de renta, y haya personas que no abonen nada. La sanidad debe de ser gratuita y universal, pero deberían existir mecanismos de regulación

y control que no disparen su gasto y hagan inasumible el modelo actual.

17 Mar 2017, 12:25:29: Si lo que se quiere es ahorrar en costes, privar de la asistencia habitual a la gente no es la solución porque sus problemas de salud van a seguir existiendo y van a generar un mayor gasto (tratamiento de urgencia, mayor posibilidad de contagio a otras personas si no se pone el tratamiento a tiempo...).

17 Mar 2017, 12:26:40: la asistencia debería ser universal por motivos de salud pública pero es entendible que se limite sobre todo por las consecuencias sobre los reintegros de gastos en el extranjero con tarjeta sanitaria española que estaba suponiendo un gasto descontrolado. por lo demás no la aplicaría

17 Mar 2017, 12:26:49: Hay que hacer sostenible la sanidad es poco individualmente y mucho para el sistema

17 Mar 2017, 12:29:15: No estoy de acuerdo con limitar a personas sin recursos la atención o pagar dos veces por el medicamento. Sin embargo el sistema dispone de información que permitiría estratificar quien debe pagar en el caso de estar en el extranjero y recibir asistencia y eso no se hace bien.

17 Mar 2017, 12:30:08: Se sigue gastando mucho dinero en atención en urgencias hospitalarias por la mala educación sanitaria de la población y no se atiende adecuadamente al que va urgente de verdad. No se insiste en ello por no ser políticamente correcto y sigue siendo básico desde el inicio del sistema sanitario. Igualmente la cantidad de restricciones generales y el paro médico con falta de organización estructural.

17 Mar 2017, 12:30:23: Se definió como una ley para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y es una ley excluyente que va en contra de mi ética profesional.

17 Mar 2017, 12:30:59: .

17 Mar 2017, 12:32:35: Defiendo la sanidad universal y la ayuda a los más desfavorecidos. Siguen enriqueciéndose los mismos

17 Mar 2017, 12:33:35: Experiencia clínica a lo largo de 4 décadas

17 Mar 2017, 12:35:09: Si no hay dinero ¿qué hacemos?

17 Mar 2017, 12:35:34: por mi especialidad

17 Mar 2017, 12:36:14: Principalmente por los motivos expuestos anteriormente y especialmente por el peor y menor acceso a los recursos sanitarios para todos los tipos de usuarios.

17 Mar 2017, 12:36:36: Ha conducido a un copago completamente injusto.

Se ha reducido la tasa de reposición

Se derivan más enfermos a centros concertados privados

17 Mar 2017, 12:38:43: hay una disminución global del gasto farmacéutico y ha obligado a las farmacéuticas a ajustar su precio. Tendría que mejorar la gestión del copago

17 Mar 2017, 12:40:34: creo que la gente debería tener responsabilidad por su salud

17 Mar 2017, 12:40:49: No me parece un verdadero ahorro, y en términos de salud pública me parece un riesgo para todos (además de términos humanitarios)

17 Mar 2017, 12:44:34: Rompe por completo los principios de nuestro Sistema Nacional de Salud, que era un Sistema Universal y Solidario. Provoca graves desigualdades en la Salud de los ciudadanos.

17 Mar 2017, 12:48:22: Los innumerables aspectos negativos que están implícitos en el espíritu del Decreto

17 Mar 2017, 12:49:00: Hoy en día es necesario el copago para mantener la universalidad de la atención a todos los ciudadanos, si no la financiación es casi imposible

17 Mar 2017, 12:49:25: Ya he señalado que creo en un sistema eminentemente público y garante de la existencia, pero que debe tener un copago, de lo contrario el sistema es insostenible, tan solo por la mala retribución del personal sanitario especialmente del colectivo médico (es el país donde peor se paga a los médicos, incluso peor que en Grecia)

17 Mar 2017, 12:49:51: Es necesario controlar el gasto farmacéutico

17 Mar 2017, 12:51:39: Los costes sanitarios son cada vez más caros y se necesita poner freno de alguna manera pues la población no es consciente de lo que tiene

17 Mar 2017, 12:53:07: Hay que razonar los recursos y hacer a la población más responsable con la sanidad. El que más tiene debe contribuir a sostener el sistema

17 Mar 2017, 12:54:17: Precariedad

17 Mar 2017, 12:54:18: Creo que los pacientes deben asumir ciertos costes de los tratamientos facilitados, o mínimo conocer los costes de éstos

17 Mar 2017, 12:54:30: en mi opinión la sanidad pública se debe de caracterizar por tener una cobertura universal, la exclusión sanitaria ha producido retraso de diagnósticos y tratamientos, tanto agudos como crónicos, a pacientes que han sido excluidos

17 Mar 2017, 12:54:47: Mejor aprovechamiento de los recursos

17 Mar 2017, 12:57:53: Deben controlarse gastos. Es necesario volver a valorar la cantidad de medicamentos dispensados. Deberían ir en envases adecuados a la duración del tto.

17 Mar 2017, 12:58:15: Ha obligado a la Administración a medir y contabilizar más. Ha tenido efectos relativos sobre inmigración irregular, pero lo más importante era controlar y poder facturar el coste generado por ciudadanos comunitarios a través de la TSE.

17 Mar 2017, 12:58:40: Peor calidad asistencial; en ocasiones el ahorro ha sido indicado

17 Mar 2017, 13:02:06: En el ámbito hospitalario hay menos repercusión

17 Mar 2017, 13:03:27: Pérdida de igualdad de oportunidades

17 Mar 2017, 13:03:35: La sanidad pública no puede excluir a ninguna persona y se debe financiar vía impuestos, no con copagos que penalizan a los más enfermos

17 Mar 2017, 13:04:20: Creo que el acceso a la sanidad y la educación son derechos básicos de los ciudadanos y deben estar cubiertos en su totalidad. Los impuestos que pagamos son suficientes para mantener ambos derechos.

17 Mar 2017, 13:04:27: La universalidad no es sinónimo de gratuidad. Se trata de un servicio público con un coste económico ya sea por impuestos directos o indirectos.

17 Mar 2017, 13:06:00: Siempre hay algo que mejorar

17 Mar 2017, 13:06:55: NO ESTOY DE ACUERDO EN LA UNIVERSALIDAD Y LA GRATUIDAD

17 Mar 2017, 13:07:05: Necesitamos actualizar nuestro sistema sanitario

17 Mar 2017, 13:09:36: Es un parche sin ningún sentido. Las medidas económicas hay que pensarlas de un modo global, no solo para hacer publicidad y perjudicar a quien menos oportunidades tiene.

17 Mar 2017, 13:10:25: Había jubilados con pensiones más altas que muchos trabajadores que recibían medicamentos gratuitos. Se ha ajustado mejor a las capacidades económicas.

17 Mar 2017, 13:11:28: Se producen probablemente menos abusos en cuanto a pedir medicación, se ha concienciado del gasto farmacéutico, pero se han creado bolsas de pacientes que no hacen su seguimiento ni toman su medicación

17 Mar 2017, 13:11:49: Creo que debería darse acceso a medicamentos de elevado precio a pacientes que lo necesitan pero no pueden permitírselo

17 Mar 2017, 13:12:38: Los señalados en la respuesta en la 13

17 Mar 2017, 13:15:20: Sólo deberían tener acceso a la Sanidad Pública las personas que, con sus aportaciones, la hayan hecho sostenible.

17 Mar 2017, 13:15:55: no tiene en consideración el nivel económico

17 Mar 2017, 13:17:30: Me resulta llamativo que el paciente se queje de pagar unos pocos euros por su medicación y gaste miles en coches flamantes o vacaciones de verano

17 Mar 2017, 13:21:43: No copago

17 Mar 2017, 13:22:01: Es necesario limitar el gasto farmacéutico indiscriminado, cada año se tiraban 3900 toneladas de

medicamentos a la basura, no hay país que tolere esto, ni lo soporte

17 Mar 2017, 13:22:56: LA ASISTENCIA DEBE SER UNIVERSAL CON COPAGO SEGUN NIVEL DE RENTA

17 Mar 2017, 13:23:02: La influencia y consecuencias de la crisis económica influyen en la misma.

17 Mar 2017, 13:27:40: creo que los valores de justicia y atención a los vulnerables es innegociable

17 Mar 2017, 13:27:42: estoy a favor de la atención universal

17 Mar 2017, 13:32:56: NO SE

17 Mar 2017, 13:33:33: Me gustaría conocer un poco mas al respecto

17 Mar 2017, 13:34:30: Porque hay jubilados que tiene medios económicos que no le permiten llegar a fin de mes y los inmigrantes tiene que acudir a los seguros privados obligatoriamente tengan o no recursos

17 Mar 2017, 13:34:38: Desigualdad

17 Mar 2017, 13:37:46: NO ME PREOCUPAN DEMASIADO SALVO QUE LOS EXTRANJEROS ILEGALES NOS AGOTEN Y OCUPEN NUESTROS RECURSOS. LOS QUE PAGAMOS TODOS LOS DEMÁS

17 Mar 2017, 13:39:24: No supone ningún ahorro para el sistema y tensiona la sociedad cargando sobre los más desfavorecidos

17 Mar 2017, 13:40:27: se trata de evitar el mal uso y la mala educación sanitaria que existe en nuestro país

17 Mar 2017, 13:40:55: Ha tenido efectos positivos y negativos, en muchos casos de concienciación de los profesionales y de pacientes

17 Mar 2017, 13:41:45: Algunos aspectos son positivos, excluir de la financiación fármacos sin eficacia demostrada

17 Mar 2017, 13:42:10: se evitan abusos

17 Mar 2017, 13:47:07: Muchos pacientes no pueden permitirse ciertos tratamientos excluidos de financiación

17 Mar 2017, 13:49:41: No parece que consigan reducir el gasto público de forma eficiente (aunque desconozco números exactos). Las tasas de incapacidad por enfermedades crónicas graves ha disminuido.

17 Mar 2017, 13:50:04: Se abusa mucho de la sanidad pública y en muchos casos se sobrecarga porque es "gratis" y no se valora que se ocupan recursos innecesarios.

17 Mar 2017, 13:51:06: Se trata de mejorar el sistema.

17 Mar 2017, 13:52:28: Costó mucho esfuerzo construir una sanidad pública. La sanidad es un gasto del Estado, jamás puede ser un negocio. Es falso que lo privado sea mejor que lo público. Que se vayan a EEUU a hacer negocios

17 Mar 2017, 13:52:30: Asegurar la sostenibilidad del sistema publico de salud

17 Mar 2017, 13:53:11: No he notado mucho cambio en la calidad de la atención.

17 Mar 2017, 13:56:11: harían falta mas cambios y lograr una equiparacion basica de todas las autonomias.

17 Mar 2017, 14:00:09: Con el copago, la gente se limita más a utilizar los medicamentos cuando realmente los necesita.

17 Mar 2017, 14:01:51: No conozco en detalle el RD

17 Mar 2017, 14:06:49: La atención sanitaria debería ser universal en un modelo de sociedad del bienestar

17 Mar 2017, 14:07:27: creo que debería existir el acceso universal

17 Mar 2017, 14:09:32: la evolucion actual en ese sentido.

17 Mar 2017, 14:12:36: riesgo sobre la salud de la población en general.

poco control sobre casos de riesgo

desigualdad por temas económicos.

17 Mar 2017, 14:14:10: Discriminación de una parte de la población en cuanto al acceso libre a la atención médica

17 Mar 2017, 14:15:25: El copago es imprescindible porque la sensación de que en sanidad todo es gratis es muy contraproducente

17 Mar 2017, 14:17:19: Me ratifico en lo anteriormente explicado, creo que hay que concienciar al ciudadano que considera la sanidad pública "gratuita" unicamente como "su derecho ", sin " obligaciones" por su parte, para que haga del mismo un uso racional, lógico, discriminado y respetuoso del mismo.

17 Mar 2017, 14:21:12: No se lleva a practica

17 Mar 2017, 14:22:28: En los hospitales lo único que disminuyó algo fue el turismo sanitario que tanto nos ha costado,ningún país puede atender al mundo entero gratis.

17 Mar 2017, 14:24:34: Vulnera el principio de igualdad

17 Mar 2017, 14:25:33: Debería leerlo y no lo he hecho

17 Mar 2017, 14:28:38: La restricción al acceso sanitario trae como consecuencia sobrecarga de pacientes en urgencias. La falta de recetas sin el principio activo, conlleva una penalización monetaria a cargo del trabajador (disminución del complemento de productividad a modo de chantaje).

17 Mar 2017, 14:31:16: No lo conozco con detalle

17 Mar 2017, 14:31:54: .La insatisfacción y la sensación de desatención de los pacientes.

Disminución presupuesto gasto sanitario (recortes)

17 Mar 2017, 14:32:40: La Sanidad ha sido peor, antes si funcionaba bien era por la calidad y eficiencia de los sanitarios, empeoró con las amenazas veladas a los sustitutos a través de incentivos de productividad.

17 Mar 2017, 14:34:04: Desigualdad en el acceso, endeudamiento del Estado con empresas privadas de por vida, aumento del horario laboral con mayor control sobre la asistencia y menor espacio para docencia e investigación dentro del mismo.

17 Mar 2017, 14:43:29: Empeora la accesibilidad a los recursos sanitarios y por tanto los principios básicos de un sistema sanitario público como el q teníamos

17 Mar 2017, 14:45:39: No hay tampoco mejoría

17 Mar 2017, 14:46:52: Al desarrollar mi actividad profesional exclusivamente en la sanidad privada no me he visto tan afectada.

17 Mar 2017, 14:47:54: No creo en el derecho a tener cosas gratis por principio. Creo que se pueden ofrecer si hay buenas condiciones, pero no se pueden exigir

17 Mar 2017, 14:48:12: Estoy en desacuerdo con el RD por los efectos negativos antes mencionados. Y estoy de acuerdo con el RD porque nadie presentó otra alternativa que asegurase mejor el sostenimiento del sistema.

17 Mar 2017, 14:49:41: Tiene cosas positivas y cosas negativas.

17 Mar 2017, 14:54:03: No de acuerdo en "restringir el acceso universal y gratuito a la atención primaria y especializada" Si de acuerdo con matices en la financiación farmacéutica -copago por renta- y cartera básica de servicios

17 Mar 2017, 14:57:15: Los pacientes tienen una idea de gratuidad absoluta de todos los servicios del sistema sanitario y usan mal la sanidad a todos los niveles. El tema de los fármacos en domicilio puede estar mejor controlado de este modo

17 Mar 2017, 14:57:38: Los descritos anteriormente

17 Mar 2017, 15:03:41: no me gusta que los extranjeros vengán esporádicamente a provecharse de nuestros recursos y luego se vayan una vez conseguido el tratamiento. La receta por principio activo ha reducido el precio de algunos fármacos

17 Mar 2017, 15:07:06: Ha disminuido algo la automedicación

17 Mar 2017, 15:09:42: Creo que hay que tener un control sobre el uso de la sanidad (sobre todo AP y urgencias) pero no excluir a población de la atención sanitaria.

17 Mar 2017, 15:10:34: En tiempos de crisis hay que tomar medidas

17 Mar 2017, 15:11:09: Simplemente no conozco con detalle esos cambios

17 Mar 2017, 15:24:38: Es necesario responsabilizar a la población de su propia salud, ya que los recursos son limitados y la mayor implicación de la población puede hacer entender que no hay recursos para absolutamente todo.

17 Mar 2017, 15:32:46: Se ha racionalizado el gasto.

17 Mar 2017, 15:33:34: tiene aspectos negativos y positivos para la asistencia

17 Mar 2017, 15:36:09: Mejor gestión

17 Mar 2017, 15:38:00: Hace 4 años que no utilizo la sanidad publica mas que como usuaria porque estoy retirada ,no puedo tener una opinion contrastada y personal al respecto

17 Mar 2017, 15:38:47: El pagar algo de medicación quizá sea bueno para apreciar el coste y que no hay nada gratuito pero no tengo claro que se ahorre en gasto farmacéutico. Como he dicho antes los pensionistas acumulan medicación. Si hay que cambiarles el tratamiento lo acumulado es para tirar

17 Mar 2017, 15:38:48: me parece deleznable sacar de SS los laxantes , lagrimas artificiales y muchos otros fármacos

17 Mar 2017, 15:40:49: Porque se basa en criterios ideológicos y no se ha buscado un debate con los profesionales y con la población

17 Mar 2017, 15:45:25: Dado que otros países restringen el acceso gratuito a la sanidad de los españoles, se les debe de cobrar a ellos en consecuencia, nuestra sanidad no tiene medios ilimitados.

Estoy de acuerdo con la prescripción por principio activo, excepto en casos de no igualdad (cosa que sucede ej. Plavix). No tengo opinion con respecto a la cartera de servicios.

17 Mar 2017, 15:45:44: El sistema sanitario con la fórmula como está ahora se ha entendido pienso que es completamente insostenible. El abuso y el mal uso del sistema por parte de los ciudadanos que en gran medida son desconocedores de la gestión del mismo.por otra parte los nuevos sistemas de gestión privada con acceso público exprimen a los profesionales sanitarios,dado que el ahorro está basado en la captación de pacientes a base de no aumentar plantillas

17 Mar 2017, 15:46:19: Se ha facilitado en exceso el acceso al sistema si que haya una cotización que lo justifique.

17 Mar 2017, 15:53:49: Ha aumentado la desigualdad en la atención sanitaria pública

17 Mar 2017, 15:54:38: -

17 Mar 2017, 15:55:29: la atención sanitaria debe ser universal

17 Mar 2017, 15:58:38: Está bien que ciertos pacientes aporten algo en funcion de su renta pero habría que establecer una escala diferente segun nivel socioeconomico. Algunos pacientes pueden financiarse la medicacion al 100%

17 Mar 2017, 16:03:26: Restricciones en la asistencia a colectivos

17 Mar 2017, 16:04:34: Se debería introducir el copago también para la asistencia sanitaria tal y como tienen otros países de nuestro entorno

17 Mar 2017, 16:05:20: Perjuicio para el ciudadano y la sociedad por merma de salud.

17 Mar 2017, 16:06:49: Creo que ha perjudicado a los más frágiles ,enfermos y ancianos

17 Mar 2017, 16:15:13: Se ha facilitado en exceso el acceso al sistema si que haya una cotización que lo justifique.

17 Mar 2017, 16:16:31: las restricciones se deberían aplicar a aquellos que hacen un uso abusivo e indebido de los servicios públicos,

17 Mar 2017, 16:21:29: El copago de medicamentos está bien, pero no cosas compl a reducción de camas en grandes hospitales, reducción del tiempo para cada paciente, reducción de plantilla, desviación de dinero a la sanidad con gestión privada...

17 Mar 2017, 16:22:03: Ya expresado

17 Mar 2017, 16:24:47: Como he expresado antes, me parece necesario el copago farmacéutico e incluso de las consultas para evitar el uso abusivo de las mismas pero no me parece bien descubrir sanitariamente hablando a parte de la población.

17 Mar 2017, 16:25:13: Buena medicina

17 Mar 2017, 16:25:19: Hay cosas que han mejorado algunas prestaciones como la atención a pacientes infértiles homosexuales. La contratación ha disminuido, no creo que por la ley de 2012, pero si ha habido problemas de personal en la atención médica y de enfermería

17 Mar 2017, 16:27:25: Antes descrito

17 Mar 2017, 16:29:44: Creo en un acceso universal a la sanidad y en la equidad de los sistemas sanitarios

17 Mar 2017, 16:30:54: La sanidad es un derecho,la atención universal y gratuita no es la razon principal de la no sostenibilidad del sistema,y se ven mas casos graves por atención tardia,asi como casos que no hubieran pcurrido de haber tenido acceso a prevención/educación sanitaria

17 Mar 2017, 16:32:21: de acuerdo en la limitación farmaceutica, no en la de atención universal

17 Mar 2017, 16:33:39: Básicamente los resultados han sido negativos en todos los sentidos

17 Mar 2017, 16:34:34: ...

17 Mar 2017, 16:38:09: Estoy de acuerdo en muchas cosas y en otras no tanto. Pero creo es un modelo eficiente. Se deben mejorar los plazos de valoraciones por especialistas y pruebas complementarias.

17 Mar 2017, 16:49:02: Realmente es una manera de desamortizar el servicio público dando entrada a empresas especuladoras. Ni siquiera el médico se beneficia ya que psa a ser un subempleado más

17 Mar 2017, 16:51:49: No era preciso y es inhumano

17 Mar 2017, 16:54:22: Lo gratuito no está bien visto. No es de fiar y además te exigen. Soy partidario del copago por visita y por medicamentos excepto a los que no tienen ingresos.

17 Mar 2017, 16:58:04: Lo que conozco del RD me parece negativo, pero no lo conozco por completo

17 Mar 2017, 17:03:17: hay otras formas de hacer la sanidad rentable sin que los más desfavorecidos económicamente se vean perjudicados

17 Mar 2017, 17:09:57: creo que se ha saturado la sanidad, no ampliando infraestructura y principalmente personal para que no halla acumulacion y listas de espera, en cuanto a la medicacion estoy de acuerdo, limita el almacenamiento

17 Mar 2017, 17:13:23: El usuario debe sentir que paga algo para que no haga un uso abusivo de los servicios de salud.

17 Mar 2017, 17:13:45: Hace que la sanidad no sea igual para todos, aumenta la brecha que suponen las diferencias socioeconómicas

17 Mar 2017, 17:19:52: ya expresados. Medicaciones subvencionadas son a veces no utilizadas y acumuladas

17 Mar 2017, 17:25:10: Habría que buscar otras opciones que hagan mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario sin que recaiga siempre en los mismos (las personas más desfavorecidas y los que pagan religiosamente sus impuestos, sea por convicción o porque no les queda más remedio). Mientras que el dinero se malgasta por una gestión ineficaz o porque va a parar a bolsillos desconocidos

17 Mar 2017, 17:35:49: Injusta y contraproducente la exclusión sanitaria

Injusto el copago farmacéutico

17 Mar 2017, 17:38:21: Es logico restringir la cartera de servicios en pacientes sin situacion legal, pero deberian cubrirse unos mínimos. Muchos farmacos excluidos de financiacion son necesarios

17 Mar 2017, 17:40:33: No creo en un sistema que maltrata a su personal sanitario y que tiene como único objetivo dar un servicio de calidad mediocre a bajo coste, manipulando constantemente los números para ganar votos. El sistema de financiación de la seguridad social tendría que estar repensado para conseguir una sostenibilidad a medio-largo plazo, manteniendo una calidad asistencial de alto nivel como lo ha tenido hasta ahora, solo gracias a la buena voluntad y el empeño de los s profesionales para mantenerlo a flote, y en contra de una administración únicamente preocupada en bajar los coste en vez de buscar otras fuentes de financiación.

17 Mar 2017, 17:41:56: Desconozco el impacto real de las medidas, la motivacion politica subyacente y la motivacion real de las mismas.

17 Mar 2017, 17:43:22: En general el impacto desde mi punto de vista es negativo, aunque ciertas medidas podrían tener utilidad a largo plazo. El resultado - el impacto ha sido limitado a los grupos más desfavorecidos económicamente y socialmente.

17 Mar 2017, 17:48:38: no siempre se acerta

17 Mar 2017, 17:48:57: es un derecho de la humanidad tener atención sanitaria en todo el mundo

17 Mar 2017, 17:49:39: Hay que cuidar el SNS

17 Mar 2017, 17:52:02: Debería tener estudio para estimar y cuantificar cuanta gente a perdido asistencia sanitaria con todas las consecuencias que esto conlleva y no una visión subjetiva desde mi puesto de trabajo

17 Mar 2017, 17:54:03: El acceso de manera universal restringido es negativo.

17 Mar 2017, 18:01:10: Se deben restringir los medios aunque nunca deberían sufrir los españoles dicha reducción porque queden en paro y en cuanto a los extranjeros se les debería exigir un mínimo de un año de paro, maneja en España para poder disfrutar de nuestra Sanidad y una vez cumplan ese periodo tener pleno derecho a recibirla como cualquier otro español

17 Mar 2017, 18:07:25: Supongo que se ha reducido el gasto farmacéutico sin reducir la medicación necesaria

17 Mar 2017, 18:11:24: No conozco en detalle esos cambios

17 Mar 2017, 18:14:48: Es fundamental crear una regulación sobre el consumo de medicamentos en España y la financiación que deba aportar cada paciente debe ser individualizada según renta, algo que antes era totalmente obviado.

17 Mar 2017, 18:18:30: previamente no había control sobre el gasto farmacéutico, y se ha frenado el "turismo" sanitario

17 Mar 2017, 18:27:40: Hay productos sin financiación que son insustituibles para algunas enfermedades

17 Mar 2017, 18:33:51: pago según renta me parece una buena opción Gratuidad para gente sin recursos

17 Mar 2017, 18:33:55: La sanidad no es gratis y se debe valorar quien contribuye a ella y quien no

17 Mar 2017, 18:35:24: Mala gestión desde el sistema privado, sanitarios desmotivados, falta de personal y escasa prevención sanitaria

17 Mar 2017, 19:01:56: Los servicios públicos no pueden "parecer que son gratis" porque no lo son.

17 Mar 2017, 19:08:58: Políticos gestionando la salud

17 Mar 2017, 19:11:43: el acceso al sistema sanitario debe ser universal y gratuito

17 Mar 2017, 19:18:57: Los gastos deben ser justificados y compartidos

17 Mar 2017, 19:23:36: El ahorro farmacéutico y la restricción de la sanidad pública universal me parecen factores con los que se puede realizar ahorro presupuestario. En otros aspectos estos ahorros no son tolerables.

17 Mar 2017, 19:24:22: Control del gasto para los que o sufragan la SS

17 Mar 2017, 19:26:07: dejar de ser universal y disminución de medios y personal

17 Mar 2017, 19:26:54: Principios básicos: igualdad, universalidad, gratuidad

17 Mar 2017, 19:36:37: La atención debe ser universal, evitando el fraude de los ciudadanos

El copago debe existir, aunque modificaría los tramos, no se cuida lo que aparentemente no cuesta, aunque no es real

17 Mar 2017, 19:39:35: Porque es una iniciativa para modificar compensar la gran carga económica de la S. social.

17 Mar 2017, 19:41:21: Restricción de atención; copago; recortes, en general en sanidad

17 Mar 2017, 19:46:32: El pago en función de la renta me parece más justo: hay población activa con medicación crónica con grandes dificultades para abonar la medicación y jubilados con rentas altas que pueden asumir el pago de parte de sus medicamentos. La exclusión de ciertos fármacos en la población anciana con pocos recursos me parece perjudicial.

17 Mar 2017, 19:48:08: Copago

17 Mar 2017, 19:54:02: creo que la sanidad ha de ser universal, los inmigrantes también tienen derecho a la sanidad, si consumen en España están pagando impuestos (iva) y eso les da derechos. Además es más ético tratar a cualquier ser humano con los medios que disponemos, siempre con tratamientos adecuados y eficientes. Se despilfarra mucho más dinero en fármacos, pruebas e intervenciones poco adecuados, caros y mal indicados.

17 Mar 2017, 19:57:12: La atención sanitaria gratuita y universal no es asumible desde un punto de vista económico.

17 Mar 2017, 20:00:45: Debe de haber cierto control

17 Mar 2017, 20:05:51: hay que hacer sostenible el sistema público. no es un pozo sin fondo.

17 Mar 2017, 20:06:02: Gastos no asumibles a largo plazo

17 Mar 2017, 20:11:14: No me parecen correctos estos cambios, que afectan a las rentas más bajas, cuando vemos todos los días, que los políticos roban y engañan. Ellos deberían devolver todo lo que se llevan y con eso no haría falta más.

17 Mar 2017, 20:15:14: Hacen falta menos gestores superbien pagados y más médicos en atención primaria

17 Mar 2017, 20:18:08: La asistencia sanitaria pública debe ser universal, independiente de la situación de cada persona que la demande y no debe conllevar pagos accesorios.

17 Mar 2017, 20:19:55: Es más justo el copago farmacéutico según renta individual y no por ser o no pensionista

17 Mar 2017, 20:32:01: Creo que el acceso universal debiera estar garantizado y registrado el que no pertenezca y pueda pagarlo que lo pague. Se ha perdido un dineral con los cargos a terceros no cursados, desde el año 1992 ya han perdido dinero las arcas, y ahora ya es hasta recortar la beneficencia.

No estoy de acuerdo con los cambios de cobertura a españoles de fuera del país o que cumplen 26 años.

No estoy de acuerdo con ese copago de fármacos, estoy más de acuerdo con el copago por asistencia por mal uso o frecuentación indebida.

17 Mar 2017, 20:34:08: ,

17 Mar 2017, 20:37:12: El uso racional de los medicamentos

17 Mar 2017, 20:38:35: aumenta la marginalidad

17 Mar 2017, 20:39:30: ver 13

17 Mar 2017, 20:42:15: hay que intentar controlar el gasto sanitario

17 Mar 2017, 20:50:54: Los pacientes extranjeros siguen atendiéndose, pero en urgencias, así que tan siquiera creo que haya supuesto un ahorro económico, pero sí un detrimento para la salud pública

17 Mar 2017, 20:51:40: ley de interés partidista

17 Mar 2017, 20:55:32: Creo que se puede regular mejor el acceso universal sin cortarlo de raíz.

17 Mar 2017, 20:58:01: Estoy de acuerdo con acceso sanidad universal porque es un derecho humano y porque invertimos para que esto se lleve a cabo

17 Mar 2017, 21:06:49: Se necesitan medidas económicas urgentes para mantener la Asistencia Sanitaria

17 Mar 2017, 21:15:25: No corrige los fallos estructurales del sistema sanitario, que es por donde se pierde dinero. Los elude quitando dinero de donde menos coste político hay, a costa de mayor desgaste del personal sanitario y de los pacientes (no se ha abordado la ruinosa burocratización politizada ni la endogamia ni el nepotismo ni el lobbismo ni la fragmentación regionalista ni la fragmentación de la inversión en investigación).

17 Mar 2017, 21:27:41: Creo que debemos tener una accesibilidad universal al sistema

17 Mar 2017, 21:32:22: La sostenibilidad del sistema

17 Mar 2017, 21:44:32: El consenso científico económico no está bien desarrollado

17 Mar 2017, 21:49:14: Debería existir cobertura universal

17 Mar 2017, 21:50:08: Evitar abusos

17 Mar 2017, 22:00:16: El acceso al sistema de salud es un derecho del que debemos poder disfrutar todos por igual

17 Mar 2017, 22:07:08: Creo que la sanidad es un asunto privado de cada uno y no se debe financiar entre todos. Sobre todo es absurdo pensar que un cirujano fuera más cara pagando al cirujano que si tenemos que pagar a un ministro, su viajes, sueldos, secretarios, consejeros, funcionarios, empresas farmacéuticas, jefes de servicio que no ven paciente solo roban, y miles de personas que chupan de dinero de todo sin producir ningún bien. Absurdo.

17 Mar 2017, 22:13:11: _

17 Mar 2017, 22:15:20: Me parece que se queda corto

17 Mar 2017, 22:16:27: Es una ley basada más en el aspecto económico que en la mejora de atención al paciente o en

una buena optimización de los recursos

17 Mar 2017, 22:27:45: No estoy de acuerdo con el copago ni con restringir el acceso a los recursos sanitarios

17 Mar 2017, 22:38:01: el acceso a la sanidad no debería ser gratuito para todo el mundo.

Estoy de acuerdo con el copago

17 Mar 2017, 22:44:42: La sanidad debe ser universal y gratuita, el personal sanitario es un gestor de recursos que deben repartirse en función de la gravedad de la enfermedad sin entrar en cuestiones económicas.

17 Mar 2017, 22:58:14: Hay que tener un control en el acceso , este no puede ser indiscriminado . Se deben evitar abusos , como los de gente que tiene recursos y no los declara para beneficiarse de la asistencia (sobre todo en gente que viene dd otros países)

17 Mar 2017, 22:58:57: Debería ser universal

17 Mar 2017, 23:12:08: No me gusta el copago de medicinas. Ni que cobren por la tv a los ingresados, etc

17 Mar 2017, 23:14:00: Hay un abuso de prescripción de medicamentos

17 Mar 2017, 23:14:30: no es posible dar sanidad pública de modo indiscriminado y sin control porque los recursos son limitados

17 Mar 2017, 23:18:22: Por qué cuando era todo gratis, te pedían más de todo y se tiraban y caducaban más medicamentos, además de pensar que era gratis total.

17 Mar 2017, 23:32:56: Están detallados en respuestas previas

17 Mar 2017, 23:34:53: CREO Q DEBERIA SER UNIVERSAL

17 Mar 2017, 23:45:05: Intencion

17 Mar 2017, 23:46:55: Desacuerdo por la pérdida de universalidad.

En parte de acuerdo con el copago

17 Mar 2017, 23:51:51: Los recursos son limitados.

17 Mar 2017, 23:56:53: LA ATENCIÓN SANITARIA DEBER SER UN DERECHO UNIVERSAL CON INDEPENDENCIA DE OTROS ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE LAS PERSONAS

18 Mar 2017, 00:02:19: Control del gasto

18 Mar 2017, 00:12:03: ENTIENDO QUE LOS ASPECTOS DE LA ECONOMIA SANITARIA SON IMPORTANTES PERO ESTOS NO SE PUEDEN JUZGAR POR TIPO DE MEDICACION SINO POR LA NECESIDAD DE ESTOS EN RELACION A :

PREVALENCIA DE SU USO SEGUN LA MORBILIDAD

INDICE DE DISCAPACIDAD QUE PUEDE HABER SI LA MEDICACION NO SE USA POR EL AFECTADO QUE LA NECESITE

18 Mar 2017, 00:21:26: Desinterés.

18 Mar 2017, 00:35:29: Y habría que acotar la cartera de servicios y aumentar el copago farmacéutico ajustado a la renta.

18 Mar 2017, 00:52:03: Penaliza al paciente pobre

18 Mar 2017, 00:53:56: Es imposible responder de una forma tan simplista al contenido de todo en real decreto

18 Mar 2017, 00:57:51: Un copago racionaliza la demanda. No debería aplicarse a rentas bajas, familias numerosas...si a las medias y más cuanto más altas.

18 Mar 2017, 01:03:46: No estoy nada a favor del cambio en la aseguración universal

18 Mar 2017, 01:10:48: Brevemente? Sanidad Universal, "gratuita" (NO, financiada con nuestros impuestos) y con gestores medicos (no politicos) que garanticen su eficiencia (hay mucho q mejorar en eficiencia pero los recortes NO lo han hecho, porque no se ha escuchado a los medicos)

18 Mar 2017, 01:23:26: Por todo lo expuesto con anterioridad.

18 Mar 2017, 01:53:44: no garantiza tto de ecnt, con el consiguiente deterior de la salud y posibilidd de DOD, con secuelas y mortalidad, AVPP, y mayor gasto en salud y social,

18 Mar 2017, 02:52:43: La sanidad tiene un coste que hay que sufragar y no se puede abusar de ella

(Hiperfrecuentación) y además no puede financiar absolutamente todo .

18 Mar 2017, 07:42:06: Ademas de acarrear los problemas referidos antes, acaba empeorando la salud de mucha gente que vive en España y acabará afectando a todos y siendo más caro

18 Mar 2017, 07:55:30: El Sistema Nacional de Salud es insostenible. Los pacientes deberían aportar más o consumir menos sanidad. Falta EDUCACIÓN SANITARIA.

18 Mar 2017, 08:02:16: La universalidad asistencial

Ha de ser un derecho al igual

Que el

Acceso a los tratamientos

18 Mar 2017, 08:17:50: Las dos últimas décadas se ha despilfarrado mucho en la Sanidad Pública. Todos somos culpables (médicos y pacientes) de llevarla a esta situación de casi quiebra.

18 Mar 2017, 08:40:36: No creo que la solución sea modificar la Sanidad mientras no paramos de ver como hay corrupción en la política y trato distinto para esas personas ante la ley. Deberían perseguirse y castigar de manera más severa a los defraudadores de hacienda y a los políticos corruptos.

18 Mar 2017, 08:49:54: porque ya no es una sanidad universal y gratuita

18 Mar 2017, 08:52:46: APENAS CAMBIA LAS COSAS, Y GRAVA A ALGUNAS PERSONAS MENOS FAVORECIDAS Y LAS DESPROTEGE

18 Mar 2017, 09:02:52: Hay que tener un mayor control en dispensación de medicación, cosa que se ha logrado con la receta electrónica, pero en España existe una sanidad publica para todo el mundo y no se puede restringir ni poner condiciones. Tampoco estoy de acuerdo con el incremento de pago de las prescripciones.

18 Mar 2017, 09:19:50: Aumento de listas de espera, tanto en Primaria como Especializada.

18 Mar 2017, 09:20:44: Trabajo en urgencias y no entiendo la actitud de Atención Primaria. Considero que, con mucha frecuencia, más de la deseable...derivan pacientes sin necesidad. Temo que sea un problema de incentivos económicos.

18 Mar 2017, 09:34:38: Es fundamental el copago y la implicación de los pacientes en su tratamiento. La gratuidad absoluta genera abuso de los medios del sistemamanual de salud. El copago hace al paciente tener conciencia del gasto sanitario para que haga un uso responsable del sistema sanitario

18 Mar 2017, 09:39:32: Me parece profundamente injusto la restricción del acceso universal y gratuito a la salud, sigue estando en manos del médico que prescribe una carga importante del ahorro en farmacia.

18 Mar 2017, 09:47:49: El objetivo que planteaban los politicos era reducir el gasto y mejorar la calidad y ninguno se ha conseguido. Además han sido incapaces de implantar un modelo de gestion moderno y eficaz.

18 Mar 2017, 10:20:45: Esta opinión llenaría varios folios

18 Mar 2017, 10:24:40: creo que hay que racionalizar mejor el gasto sanitario

18 Mar 2017, 10:34:24: La gente tiene que tener consciencia de que la sanidad tiene un coste que hay que sufragarlo entre todos.

18 Mar 2017, 10:41:11: Repercute negativamente en quién más lo necesita

18 Mar 2017, 11:04:42: La asistencia como paciente a la sanidad

18 Mar 2017, 11:20:03: La atención sanitaria debería ser un derecho fundamental

18 Mar 2017, 11:23:12: Creo en la sanidad universal y creo q se deben pagar impuestos en función de la renta pero no penalizar la enfermedad

18 Mar 2017, 11:24:11: Considero necesaria la atención universal

18 Mar 2017, 11:31:35: Uso racional de recursos públicos

18 Mar 2017, 11:32:25: personalizaría cada situación, y centralizaría la atención sanitaria (para evitar diferencias entre

comunidades), y limitaría más la atención a comunitarios con recursos (para evitar el turismo sanitario "gratis")

18 Mar 2017, 11:40:54: hay muchas diferencias entre comunidades autónomas

18 Mar 2017, 11:57:44: Es cierto que hay que ajustar los gastos respecto a lo que se tiene, pero se pueden restringir gastos en otras áreas que no son las médicas

18 Mar 2017, 12:23:36: Han empeorado los servicios y las condiciones de los trabajadores sanitarios

18 Mar 2017, 12:29:13: El gasto sanitario actual es insostenible

18 Mar 2017, 12:43:33: Experiencia laboral es muy corta, no puedo emitir una opinión argumentada. Aunque tengo la impresión que no es conveniente

18 Mar 2017, 12:51:19: No conozco en detalle los cambios

18 Mar 2017, 13:20:09: La perfección difícilmente existe.

18 Mar 2017, 13:25:10: No se tuvo en cuenta la opinión de los profesionales. Se hizo solo desde punto de vista economicista sin ir a mejorar la gestión haciendo posible gestión profesional SIN INFLUENCIA POLITICA que ponen a gente incompetente en puestos de mando de todos los niveles

18 Mar 2017, 13:39:46: Me parece que el consumo de fármacos es ahora más racional

18 Mar 2017, 14:01:20: empeoramiento de la accesibilidad a la población con rentas bajas, pobre, inmigrante y/o depauperada

18 Mar 2017, 14:05:54: -El acceso a sanidad es una prestación, no derecho, cuyo acceso debe estar supeditado a criterios de residencia (que no nacionalidad) y contribuyentes.

18 Mar 2017, 14:31:55: Porque me parece que rompe el principio fundamental de nuestra sanidad que es la universalidad

18 Mar 2017, 14:56:03: Ha empeorado la cobertura sanitaria universal

18 Mar 2017, 15:11:35: Creo que la sanidad pública debe garantizar un acceso universal y gratuito.

18 Mar 2017, 15:32:20: la sanidad debe ser universal y de libre acceso aunque controlada

18 Mar 2017, 15:47:48: sobrecarga importante para el paciente

18 Mar 2017, 16:31:41: Rompe de forma unilateral y sin debate público el modelo de sistema

18 Mar 2017, 16:34:04: El sistema sanitario español tal y como estaba concebido no es sostenible y hay un claro abuso y deficiente gestión por parte de los gestores

18 Mar 2017, 16:56:49: Los recursos son limitados y puede ser insostenible el sistema público si no controlamos gastos

18 Mar 2017, 17:19:27: En general han conseguido empeorar todavía más la Atención sanitaria, que ya estaba deteriorada con anterioridad.

18 Mar 2017, 17:30:12: Se debe restringir más los costes y aumentar el copago. Si las cosas cuestan dinero al ciudadano las usará de manera responsable y no irán tanto a urgencias por tonterías, no pedirían ambulancias como taxis. tampoco entiendo como se financian fármacos básicos como el paracetamol, si el paciente lo quiere que lo compre, no se porque a la gente se tiene que recetar para que se ahorren unos euros

18 Mar 2017, 17:57:02: La sanidad pública debe ser universal. Todos los ciudadanos deben tener acceso a la misma independientemente de su situación administrativa y de su cotización a la Seguridad Social.

18 Mar 2017, 18:26:23: La concienciación del usuario y la reducción del gasto por abuso.

18 Mar 2017, 18:32:48: Su aplicación deteriora la atención general y en particular a las clases más desfavorecidas. En la actualidad se necesita mayor participación de los profesionales en la mejora del sistema sanitario y la ampliación de plantillas y el reconocimiento económico del desempeño profesional y la mejora de la calidad asistencial

18 Mar 2017, 18:44:41: HAY QUE CONTROLAR GASTOS CON MUY BUENA CALIDAD, DISMINUYENDO MARGENES DE FARMACIAS E INDUSTRIA FARMACEUTICA

18 Mar 2017, 19:00:58: La restricción del acceso universal.

18 Mar 2017, 19:17:30: copago farmacéutico y desatención a la población

18 Mar 2017, 19:18:38: RESTRINGIR NO SIEMPRE SIGNIFICA SER MÁS EFICIENTE SI NO SE TOMAN OTRAS MEDIDAS PARA ELLO

18 Mar 2017, 19:50:07: el copago en medicamentos caros

18 Mar 2017, 19:55:20: La experiencia en estos años, la reelección de pruebas diagnósticas hechas en hospitales privados que no sirven, mucho más gasto

18 Mar 2017, 20:12:12: Creo que el acceso a la atención debe ser universal. Soy contraria al copago ya que considero que los impuestos son suficientes, no penalizaría a una persona por el hecho de estar enferma

18 Mar 2017, 20:17:25: Es inadmisibles que pacientes con enfermedades que pueden tratarse con medicación sencilla no se les puedan tratar por no tener tarjeta sanitaria o pacientes diabéticos o con SINTROM no se controlen sus patologías crónicas por no disponer de nivel adquisitivo.

18 Mar 2017, 20:28:50: La inaccesibilidad a la sanidad de los pacientes sin recursos es inaceptable en nuestro país

18 Mar 2017, 20:48:03: creo necesario limitar el acceso a la sanidad gratuita a personas que no residen en España de forma legal, creo que el copago hace que no se sigan los tratamientos, los productos genéricos no son igual de eficaces que algunos de marca.

18 Mar 2017, 21:20:28: Ningún sistema sanitario público sobrevive sin copagos salvo que se acepte su deterioro o el racionamiento

18 Mar 2017, 21:26:07: Es un parche que busca la sostenibilidad del sistema a costa de abocarlo a un empeoramiento de la calidad percibida, favoreciendo a la empresa privada y con ello desprestigiando la gestión pública.

18 Mar 2017, 21:26:14: Habría que ahorrar en otros apartados y financiar según nivel económico cargas familiares etc

18 Mar 2017, 21:29:00: El control es necesario

18 Mar 2017, 21:41:21: NS/NC

18 Mar 2017, 21:43:07: Evita el excesivo gasto farmacéutico y el exceso de pruebas diagnósticas

18 Mar 2017, 21:57:22: Mejora el control pero dificulta la o acceso a la Sanidad a los más desfavorecidos

18 Mar 2017, 22:19:30: Disminuir el turismo sanitario de extranjeros

18 Mar 2017, 23:07:39: Ninguno

18 Mar 2017, 23:45:05: Entiendo la necesidad de gestión de los recursos, lamento la exclusión de personas residentes en España

19 Mar 2017, 01:41:01: No se deben establecer diferencias en los pacientes para las pruebas básicas o tratamientos esenciales pues todos son personas

19 Mar 2017, 03:57:12: Se dan situaciones absurdas burocráticas para poder atender a pacientes

19 Mar 2017, 07:52:25: La regulación era necesaria,

19 Mar 2017, 08:18:10: Si bien creo que es necesario un "ticket moderador", este debe ser enfocado de otra forma.

19 Mar 2017, 08:26:21: La mayoría de los medicamentos que se han dejado de financiar no han demostrado beneficio clínico, salvo algunos que sí son útiles (ej laxantes)

19 Mar 2017, 08:44:27: Creo que la sanidad debe ser universal

19 Mar 2017, 08:55:38: Existen aspectos de la cobertura sanitaria que deben ser replanteados. El RD ha supuesto un avance, pero frustrado e imperfecto. Hay que seguir avanzando en equidad, pero sin reduccionismos como emplear sólo el nivel de renta para establecer quién debe pagar más o menos por los fármacos.

Por otro lado, crear diferencias de cobertura en la población es una medida populista, que podría pretender reducir un supuesto efecto llamada a la inmigración, pero no es eficiente. No son los inmigrantes en situación irregular los que descalabran la financiación del SNS.

19 Mar 2017, 09:32:52: Creo que se debe reducir el gasto sanitario. Pero hacerlo de esta forma no me parece bien. Es aplicar la presión sobre el paciente, que es lo más fácil.

Otras formas de optimizar recursos:

Potenciar comunicación entre distintos especialistas.

Protocolos de diagnóstico y tratamiento unificados y escritos con colaboración de profesionales. En los cuales se buscarían las formas más eficientes de trabajar.

19 Mar 2017, 09:34:43: Prima más el coste económico y los protocolos, no deja libertad al profesional

19 Mar 2017, 09:54:19: .

19 Mar 2017, 10:39:34: Las carencias económicas hacen que pacientes que SÍ necesitan ciertos tratamientos renuncien a ellos porque no los pueden pagar REALMENTE. No se trata de los típicos caraduras, sino de gente que realmente no llega a fin de mes.

19 Mar 2017, 10:56:31: se precisa control gasto, pero debería ser el profesional el que lo administrase en función de gravedad...

19 Mar 2017, 10:59:26: Es una norma economicista que ha demostrado su ineficacia, anteriormente, en otros países y que ha significado un empeoramiento del SNS que es un logro histórico del país.

19 Mar 2017, 11:10:20: deberían estar fijados por niveles de renta y no ser iguales para todos no es lo mismo tener rentas de 12.000 euros al año que de 120.000

19 Mar 2017, 11:14:52: Han quedado explicados más arriba- Atentan contra los DDHH

19 Mar 2017, 11:17:43: Creo que tiene cosas positivas que ya he especificado pero en general ha sido un cambio más negativo que positivo y sobre todo no sirve para mejorar el Sistema Sanitario Nacional si no para ahorro puro y duro sin que se refleje en una mejora de calidad asistencial en el ciudadano. Además de los efectos negativos sobre muchas personas de forma individual que carecen de medios económicos o que no han trabajado en los últimos años por falta de oportunidades en este país. Conozco casos cercanos de personas españolas con 2 carreras universitarias, Masters y premios, con más de 3 años que por no haber cotizado suficiente tienen que solicitar una tarjeta especial para ir al médico y españoles que habiendo cotizado lo necesario y vivir ahora en el extranjero, cuando vienen a España no tienen derecho a una consulta médica en la sanidad española. En mi propio caso, no se me expide la tarjeta sanitaria europea, con las gestiones habituales en cualquier ciudadano, por tener un empleo con contrato temporal, hay que hacer mucha más burocracia para conseguirla.

19 Mar 2017, 12:19:39: La sanidad debe ser universal y gratuita tal y como dice la Constitución

19 Mar 2017, 12:27:11: El abuso de algunos pacientes y de los propios profesionales que a veces pensamos que la atención y los medios son infinitos tienen que ser limitados.

19 Mar 2017, 12:35:16: Falla la equidad

19 Mar 2017, 12:48:09: Ver pregunta 13.

19 Mar 2017, 12:52:14: se está mermando mucho en recursos necesarios.

19 Mar 2017, 13:01:12: DINAMITA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

19 Mar 2017, 13:40:48: La racionalidad del gasto sanitario se puede hacer desde otros parámetros que no generen inequidad en la que lo que más lo necesitan tengan menos acceso

19 Mar 2017, 13:59:14: Toda las personas que son parados de larga duración y que ya no tienen ninguna ayuda económica? Que hacen para acceder a medicamentos si carecen de recursos económicos

19 Mar 2017, 14:03:47: La sanidad debe ser pública, universal y justa. No se puede negar la atención a inmigrantes ni hacer pagar a gente que no puede hacerlo por sus fármacos. Ha de ser un sistema justo y esta ley no lucha por ello.

19 Mar 2017, 15:19:39: ya detallado en la pregunta 8

19 Mar 2017, 16:05:23: Hay aspectos con los que estoy de acuerdo como crear cartera de servicios más clara y restringida y hacer al paciente participe del gasto que supone sus cuidados de salud

19 Mar 2017, 17:41:34: No existe restricción=A8=AEn de Sanidad para nadie

19 Mar 2017, 18:02:16: Tiene aspectos positivos y otros negativos

19 Mar 2017, 18:03:00: Son medicamentos secundarios y de poca trascendencia

19 Mar 2017, 18:13:50: Me parece que una sanidad totalmente GRATIS es inviable para cualquier economía y lleva a la quiebra al país que la practica

19 Mar 2017, 18:22:12: -

19 Mar 2017, 18:26:59: -

19 Mar 2017, 18:46:13: Los comentados previamente.

19 Mar 2017, 18:46:28: ME GUSTARIA QUE EL COPAGO POR RENTA FUERA REALISTA.

HECHO DE MENOS LA FALTA DE PENALIZACIÓN POR MAL USO DE LA ASISTENCIA.

19 Mar 2017, 18:47:02: no han demostrado ningún tipo de ahorro y sí discriminan a la población más débil

19 Mar 2017, 19:29:15: Empeoramiento de la calidad asistencial y la cobertura sanitaria de buena parte de la población.

19 Mar 2017, 20:03:50: EL CONTROL ES NECESARIO.

PERO HAY QUE ESTUDIAR LAS FORMULAS.

NO SE PUEDE HACER POR DECRETO

19 Mar 2017, 20:20:45: Pérdida de calidad en la atención al paciente

19 Mar 2017, 22:52:12: Rompe la universalidad

19 Mar 2017, 22:59:18: -El acceso a la sanidad debe ser universal y gratuito, dentro de un marco de ciudadanía responsable y adecuada gestión de la captación y gestión de impuestos.

Los recursos materiales y humanos deben ser adecuados a las necesidades.

20 Mar 2017, 00:53:47: Las consecuencias que ha tenido.

La falta de solidaridad

falta de control de enfermedades infecciosas

Sobrecarga de urgencias

20 Mar 2017, 01:14:25: Creo que hay que hacer entender a la población que la sanidad tiene un coste, que no es gratuita,

20 Mar 2017, 01:18:04: Racionalidad

20 Mar 2017, 04:13:17: Los descritos

20 Mar 2017, 07:41:10: No se puede sufragar totalmente los gastos médicos y sobre todo los farmacéuticos, debe de existir siempre un copago como ya existe en Múfaca, islas, etc

20 Mar 2017, 08:09:02: De acuerdo en copago según ingresos. No de acuerdo en no cubrir la sanidad de forma universal. No de acuerdo en copago jubilados.

20 Mar 2017, 08:50:38: El copago no es significativo y creo que hay mecanismos para obtener el tratamiento si no se tienen recursos económicos

20 Mar 2017, 08:53:01: creo en la universalidad de la atención y estoy en contra del copago

20 Mar 2017, 09:36:54: evitar consumismo sanitario

20 Mar 2017, 09:42:24: falta información

20 Mar 2017, 10:17:15: Limitación de los abusos en la utilización de los sistemas de salud y en la solicitud de bajas laborales

20 Mar 2017, 10:37:26: Deberíamos pagar un mínimo por la asistencia NO justificada.

Enseñaría cuándo acudir y a quién, sin abusar del sistema.

20 Mar 2017, 10:55:32: el gasto sanitario es excesivo y hay que limitarlo de alguna forma

20 Mar 2017, 10:56:55: Los cambios introducidos por esta norma, son puramente económicos sin particularizar situaciones de necesidad

20 Mar 2017, 11:26:01: - El copago por renta es inexacto, no se actualiza y es claramente una medida de redistribución insuficiente : ejemplo: alguien que ganaba mucho dinero en febrero de un año, se quedaba en el paro o sin su miniempresa, o siendo autónomo y paga un montón frente a un jubilado/a con la máxima que paga lo mismo.

- no estoy de acuerdo con excluir a nadie de la atención sanitaria

- sí estoy de acuerdo con que se prescriba por genéricos

20 Mar 2017, 11:27:06: Por un lado es necesario tomar medidas para sostener el gasto de la Seguridad Social

20 Mar 2017, 11:30:39: Es un derecho universal el acceso a la salud

20 Mar 2017, 12:01:29: La necesidad de racionalizar el uso abusivo de la sanidad publica

20 Mar 2017, 12:11:19: Por esa parte de la población que no tiene medios económicos ni para medicinas ni para alimentación.

20 Mar 2017, 12:13:37: La gratuidad completa resta valor en la percepción de los ciudadanos Del mismo modo que se pagan otros servicios públicos (transporte, por ejemplo), la sanidad debe "co-pagarse", manteniendo las garantías de acceso a ella a los que no lo puedan permitir.

20 Mar 2017, 12:18:23: Deterioro del estado de bienestar.

20 Mar 2017, 12:20:24: Mi esposa es médico del SERMAS y conozco muchos casos de solicitud de cambio de tto por motivos económicos

20 Mar 2017, 12:44:54: No he leído el decreto

20 Mar 2017, 13:44:46: Creo que el copago es necesario en las circunstancias económicas actuales pero con responsabilidad social para los más afectados por la situación económica

20 Mar 2017, 14:00:49: Trabajó en sector privado

20 Mar 2017, 14:25:04: Sanidad pública gratuita para todos

20 Mar 2017, 16:16:39: No estoy de acuerdo con copago farmacéutico y si con la universalidad de la asistencia sanitaria

20 Mar 2017, 16:22:57: Empecé mi actividad dentro de la especialidad como residente en una empresa de gestión privada en la que a los pacientes le suministrábamos los medicamentos y no tuve exposición a cómo se desarrollaba a nivel público - primario.

20 Mar 2017, 16:29:40: Estoy de acuerdo que en algunos casos se puede ahorrar costos pautando principios activos, pero hay casos que es importante la marca comercial y la decisión solo puede tomarla el médico responsable que es el que conoce al paciente y tiene la responsabilidad civil y penal.

20 Mar 2017, 17:20:03: Es cierto que en algún momento hay que poner algunos límites de gasto porque los presupuestos no son infinitos, pero creo que hay otras maneras de hacerlo

20 Mar 2017, 17:32:39: Nuestra sanidad solo debe cubririr las enfermedades urgentes en extranjeros.

20 Mar 2017, 17:41:44: El estado debe velar por el bienestar de sus ciudadanos de forma colectiva tengan o no trabajo.

20 Mar 2017, 19:27:50: No puede excluirse la salud como derecho fundamental. No poder tomar un fármaco necesario no es bueno para el paciente ni para la sociedad

20 Mar 2017, 19:28:01: Por una parte me parece bien prescribir por principio activo siempre y cuando la eficacia del fco sea la misma (algunos pacientes notan diferencias). No estoy en desacuerdo con el copago por renta, y respecto a la universalidad, creo que debería ser así SIN abusos por parte de algunos colectivos

20 Mar 2017, 19:30:25: Debe existir algún copado

20 Mar 2017, 19:49:33: estoy de acuerdo con el copago por renta aunque habría que revisarlo en los tramos más bajos. Estoy de acuerdo en la prescripción por principio activo.

No estoy de acuerdo en la restricción del acceso a la sanidad.

20 Mar 2017, 19:58:34: AYUDA A TOMAR CONCIENCIA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA Y DE LA NECESIDAD DE EVITAR ABUSO DEL MISMO PARA GARANTIZAR QUE SEA UNIVERSAL Y GRATUITO PERO, ADEMÁS DE ESTA INTERVENCIÓN, SE NECESITARÍAN MUCHAS OTRAS QUE DEBERÍAN QUEDAR A CARGO DE TRABAJADORES DEL SISTEMA, POR EJEMPLO, DE JEFES DE SERVICIO QUE CONOCEN DE PRIMERA MANO EL DÍA A DÍA Y LO QUE ÉSTE SUPONE, ASESORADOS POR GESTORES EXTERNOS, NO QUE LAS DECISIONES LAS TOMEN DIRECTAMENTE PERSONAS AJENAS AL SISTEMA.

20 Mar 2017, 20:22:39: La asistencia sanitaria debe ser universal

Las personas con escasos recursos no deben pagar nada de la medicación que precisan

20 Mar 2017, 20:22:46: He vivido en la sanidad pública un "despilfarro" por parte del paciente a la hora de exigir medicación por "marca" de forma injustificada. y en menor medida, también de los profesionales

20 Mar 2017, 20:31:45: los recursos son limitados y se deben dirigir primero a las personas que han aportado sus impuestos para ello, la prescripción por principio activo es la forma en que científica e internacionalmente nos expresamos los médicos....

20 Mar 2017, 20:40:21: Lo anteriormente expuesto

20 Mar 2017, 21:15:42: No creo que las cosas deban ser totalmente gratuitas porque no se valoran. Debemos saber lo que cuesta la sanidad. La gente almacena y derrocha medicamentos cuando son gratis

20 Mar 2017, 21:18:56: He conocido pensionistas de baja renta que no toman toda la medicación que precisan

20 Mar 2017, 21:20:00: DESPILFAJE DEL ABUSO EN LA TOMA DE FARMACOS

20 Mar 2017, 21:40:49: Ahorro y control sí, pero no atender a todo el que lo necesite es algo que no comparto.

20 Mar 2017, 21:52:25: Esta Ley es muy retrograda para el desarrollo del país y la asistencia de todos los ciudadanos

20 Mar 2017, 22:11:29: Estoy de acuerdo con el copago farmacéutico, no con la restricción de accesibilidad, aunque habría que controlar de algún modo el turismo sanitario

20 Mar 2017, 22:43:38: Los dichos mas arriba

20 Mar 2017, 23:05:25: Hay que incidir más en redistribuir los recursos para sacarles mayor partido, sin limitar prestaciones

20 Mar 2017, 23:24:47: La pérdida de universalidad

20 Mar 2017, 23:26:08: se debe valorar por el usuario lo que cuesta mantener la sanidad

20 Mar 2017, 23:26:25: No estoy de acuerdo en que afecte a los mas desfavorecidos

21 Mar 2017, 00:56:47: No veo que las medidas hayan afectado tan positivamente a "la mejora de atención y calidad de la sanidad". Estamos igual o peor que antes de la ley. Creo que el problema es otro, creo que no va acompañado de una optima GESTION DE LOS RECURSOS HUMANOS Y ECONOMICOS

21 Mar 2017, 01:06:53: Universalidad y gratuidad son dos cualidades deseables en el sistema sanitario, pero próximas a una utopía que puede llevar a la quiebra del modelo, son necesarios límites que lo hagan sostenible.

21 Mar 2017, 07:54:39: Era necesario establecer algo así.

21 Mar 2017, 08:49:06: CREO QUE ANTEIORMENTE A LA LEY HABIA MAS DESPILFARRO FARMACEUTICO Y MENOS CONTROL

21 Mar 2017, 08:51:09: Empeora la universalidad de acceso al sistema y la equidad

21 Mar 2017, 09:13:03: Hay que moderar el gran abuso que se hace de la sanidad ^`ublica

21 Mar 2017, 09:17:03: Antes que recortar en sanidad habría que realizar un gran esfuerzo en la gestión de la sanidad pública, que en general despilfarra muchos recursos.

21 Mar 2017, 09:23:05: ERA UNO DE LOS GRANDES LOGROS EN ESPAÑA, LA SANIDAD PUBLICA UNIVERSAL Y SE HA VENIDO ABAJA, ESTIGMATIZANDO A LOS POBRES Y ESTRANJEROS Y HACIENDOLOR CHIVOS EXPIATORIOS DE UNA MALA GESTION ADMINISTRATIVA

21 Mar 2017, 11:16:31: Al introducir un criterio económico se pierde el enfoque humanitario de la medicina. Se pierde la

profesionalidad y se afecta la relacion medico-paciente.

21 Mar 2017, 11:37:39: Necesidad de aceptar que la sanidad universal de calidad no es posible sin un consumo comedido: no me parece que sea de calidad la demora en las cirugías o pruebas como las de radiología o tratamientos como la radioterapia... Necesidad de introducir contribuciones teniendo en cuenta la renta, en mediación, copagos simbólicos en consultas...

21 Mar 2017, 11:47:54: Esta ley es muy restrictiva

21 Mar 2017, 12:30:30: No lo conozco bien, aunque yo prescribo tratamientos lo más baratos posible...

21 Mar 2017, 12:31:53: Los recursos son limitados y es necesaria una equidad en su distribución .

21 Mar 2017, 13:12:52: En una actividad altamente compleja como es la asistencia médica, la incentivación de aspectos parciales de la misma crea conflictos de intereses que tal vez no mejoren el desempeño profesional y por el contrario pueden causar efectos colaterales al desincentivar aspectos muy importantes de la atención médica que no se miden o valoran

21 Mar 2017, 13:27:05: la sanidad debe ser universal e igual para todos en función de su proceso y no de su estatus nivel social o economía y no debe ser un negocio

21 Mar 2017, 13:41:17: Es necesario concienciar a la población general de lo que cuesta mantener una sanidad pública de calidad

21 Mar 2017, 13:47:52: Estoy a favor de una sanidad universal y gratuito pero no me parece mal el copago por renta

21 Mar 2017, 14:00:26: se pierde la universalidad y la equidad en el derecho que es la salud y que debe proteger el estado

21 Mar 2017, 14:09:20: Creo que valoran más la medicación con el copago, que es poca cantidad y muchos fármacos excluidos son de escasa eficacia terapéutica y evitables.

21 Mar 2017, 14:35:14: Creo que para garantizar su sostenibilidad hay que regular el acceso al sistema sanitario público.

21 Mar 2017, 14:42:40: Ha dejado fuera de la asistencia a colectivos muy vulnerables, probablemente con poco ahorro, si es que el ahorro puede justificar lo poco ético de la medida.

el copago probablemente ha tenido más daño que beneficio.

No cubrir las bajas económicamente en un medio donde no se dan tantos abusos ha generado mucho daño en los trabajadores menos retribuidos y una percepción general de "mal trato" en un medio laboral que suele ser muy vocacional. Se fundamenta en la necesidad de ahorro, sin que se desarrolle ningún trabajo paralelo de evaluación del mismo y del daño/beneficio. Deja fuera un análisis de eficiencia más detallado.

Mantiene diferencias entre comunidades y no soluciona la movilidad del personal entre las mismas

21 Mar 2017, 14:43:15: trabajo en sanidad privada, sin compañías, y no me ha visto afectada.

21 Mar 2017, 15:06:24: Me parece oportuno que el sistema no subvencione tratamientos de dudosa eficacia y el copago en algunos casos, con rentas adecuadas es necesario para que el sistema se pueda financiar.

21 Mar 2017, 15:45:41: El presupuesto sanitario es limitado y hay que limitar las prestaciones a la población. Dicho esto, la administración debería mejorar la gestión de los recursos económicos.

21 Mar 2017, 15:48:21: como he dicho antes por una lado los pacientes sin dinero no pueden costearse medicación, a los que si tienen y mucho se les costea medicación y en mi opinion no se debería costear a ricos nada, las consultas rebosadas, siempre vemos de 50 pacientes para arriba sin límites llegando a mas de 70 en muchas ocasiones, pero como el sermas hace la media con los dias que no se trabaja, o que se está de docencia, de baja, de vacaciones etc sale que vemos algo más de 33 pacientes , además hay centros de salud que apenas ven pacientes, generalmente los ubicados en zonas de puentes, y el resto llegamos a ver los pacientes a una media de 3 minutos por paciente, con sin cita sin límite forzados y forzados, no poneis suplentes con la excusa de que no hay presupuesto, generango aún mayor presión asistencial a los médicos de familia, los estudios dicen que se debe reforzar la base de la salud que es la primaria y sin embargo en España se da mayor presupuesto a las especialidades y nos puetean más y más a los médicos de familia, y ni el Colegio de Médicos ni los sindicatos miran por nosotros..etc

21 Mar 2017, 16:17:47: Empeoramiento del cumplimiento de las medidas terapeuticas por motivos economicos en grupos desfavorecidos de usuarios

21 Mar 2017, 17:02:19: Define quién tiene derecho a la asistencia sanitaria, porque no es posible atender a todo el mundo, aunque a los excluidos (migrantes) no les da ninguna alternativa, suponiendo un grave problema de solidaridad y sanitario.

21 Mar 2017, 17:11:54: No estoy de acuerdo con el copago de las personas de baja renta ni con la desaparición de la cobertura universal.

21 Mar 2017, 18:23:16: No se debe permitir un deterioro de la calidad médica asistencial

21 Mar 2017, 18:29:26: sigo viendo el mismo tipo de pacientes y atendiéndolos de igual forma pero es posible que algunas personas no tengan acceso a mi consulta y yo no sea consciente de eso

21 Mar 2017, 19:27:35: Inhumano

21 Mar 2017, 19:29:36: Conviene en que se debe limitar el acceso a los pacientes que no contribuyen a sufragar el sistema. También debería limitarse a los que abusan de él y facilitar el acceso a los que lo necesitan arbitrando sistemas de financiación con sus países de origen

21 Mar 2017, 19:42:19: Creo que aumenta el control y mejora la gestión sanitaria en cuanto a gasto y atención al paciente, pero no se traduce en una mejora en la gestión en cuanto a contratación de personal necesario o reducción de altos cargos o administrativos, no ha habido una regulación en los mismo términos (reducción en la contratación de personal base y cargos en la jerarquía de la administración sanitaria).

21 Mar 2017, 19:55:17: La experiencia

21 Mar 2017, 20:00:42: Creo que este real decreto aumenta las desigualdades sociales en la salud, poniendo en riesgo a la población mas vulnerable económicamente vulnerable pero que tambien acaba poniendo en riesgo a toda la población general que no puede vivir en una burbuja

21 Mar 2017, 20:11:10: El problema del gasto sanitario no es el gasto, los españoles pagamos gustosos los impuestos que ahí van derivados, si no la gestión de ese gasto. La culpa del gasto no la tiene el enfermo, la tiene quien no optimiza recurso y pide responsabilidades a quién corresponde, entendiendo que la salud no es un negocio, es la base de la salud de una sociedad ; esa que luego tiene que producir, y que si está enferma no lo hará bien.

21 Mar 2017, 20:17:55: Los efectos muy negativos en la salud individual y comunitaria

21 Mar 2017, 20:39:04: la atención sanitaria de calidad es underecho para cualquier ciudadano

21 Mar 2017, 20:49:27: Tiene bastane sentido el copago farmacéutico

21 Mar 2017, 20:55:00: La atención debe ser universal y la financiación debe ser completa segun nivel de renta / fármaco.

21 Mar 2017, 22:39:55: En desacuerdo totalmente respecto a acceso universal. De acuerdo en copago por receta y renta

21 Mar 2017, 23:10:31: ESTE SISTEMA ACTUAL ES INSOSTENIBLE. HAY QUE MODIFICAR LA FINANCIACIÓN, COPAGOS,ETC. COMO EN LA MAYOR PARTE DE OTROS PAISES.

21 Mar 2017, 23:54:27: Creo que se debe hacer una mejor gestión del dinero público para evitar abusos, pero que no debería hacerse solo a costa de los pacientes sino con una mejor gestión de los hospitales y un mayor control de la actividad realizada en los mismos. Esto mejoraría mucho si los gestores fueran valorados por su logros y no por el partido político al que pertenece.

22 Mar 2017, 00:00:59: LA sanidad pública es uno de los factores fundamentales para conseguir una vida lo más justa posible para todos

22 Mar 2017, 00:05:20: No estoy de acuerdo en la restricción del acceso pero si en el control farmacéutico y en el

copago aunque creo que existen otras vías para evitar el abuso

22 Mar 2017, 01:19:12: Diferencia de recursos de la población

22 Mar 2017, 02:35:05: Optimización de recursos.

Depuración en atención sanitaria.

Mejoría en calidad de servicios.

22 Mar 2017, 08:14:17: es necesario un cambio pero no se si esta modificación es realmente efectiva

22 Mar 2017, 09:17:27: Los ya indicados en otras cajas de observaciones

22 Mar 2017, 10:25:06: falta de atención y limitación del acceso y de la equidad

22 Mar 2017, 10:30:27: Hay que mejorar y enseñar al paciente a coger sólo la medicación que precisa no para acumular, tenemos además que explicarles y gelocatil y paracetamol es lo mismo, si ya tiene uno podría terminarlo antes de coger otro.

22 Mar 2017, 10:30:58: En general creo q la calidad de la asistencia ha disminuido. Se han reducido los tiempos de asistencia (agotador para el profesional, motivo de queja por parte del paciente , e injusto para ambos), restricciones en pruebas diagnósticas, limitación en acceso a ttos. Aunque hay cosas del RD que están bien la repercusión general es en algunos aspectos negativa.

22 Mar 2017, 10:47:14: Lo mencionado en la casilla 13

22 Mar 2017, 11:00:30: El derecho a la salud debe ser universal y obedecer a criterios profesionales. (Ley general de sanidad y constitución)

22 Mar 2017, 11:14:18: tiene cosas buenas y malas

22 Mar 2017, 12:07:28: El poder quiere que seamos más conservadores para poder justificar la privatización. La privatización no mejora la salud, está demostrado No lo podemos consentir.

22 Mar 2017, 12:21:38: creo que el copago debe estar en relación con la percepción económica y la restricción del gasto en pruebas y terapias se soluciona con un mayor control de las indicaciones (deben atenderse estrictamente a las guías y justificarse)

22 Mar 2017, 12:58:58: Dificulta el acceso a la sanidad

22 Mar 2017, 13:06:32: La atención es universal independiente de raza, credo,

22 Mar 2017, 14:19:52: Restringir el acceso universal y gratuito a la atención primaria y especializada)

22 Mar 2017, 14:37:30: Desigualdad y desprotección

22 Mar 2017, 15:43:14: Este decreto atenta contra la equidad, que es la característica más valiosa de nuestro sistema sanitario, y por la que está muy bien valorado en relación con los sistemas sanitarios de otros países.

22 Mar 2017, 16:43:29: No estoy de acuerdo en la no universalidad/gratuidad de la sanidad pública

22 Mar 2017, 17:05:02: RACIONALIZA LOS RECURSOS

22 Mar 2017, 17:19:01: desacuerdo en acceso universal gratuito

cierto acuerdo en copago

22 Mar 2017, 17:51:51: Estoy de acuerdo con el copago por renta, pero no con la imposibilidad de acceso universal a la asistencia pública

22 Mar 2017, 18:05:45: Se da asistencia igual que antes del RD

22 Mar 2017, 18:19:31: los de siempre siguen gastando lo mismo Y los de siempre siguen yendo a la medicina privada cuando la pública no les gusta

22 Mar 2017, 18:25:30: los problemas de salud son mas graves y costosos cuando se demoran

22 Mar 2017, 19:13:37: tal vez sea por la desgana que aparece en los médicos.

22 Mar 2017, 19:25:47: existen otros modos de ahorrar dinero que no influyen sobre el contribuyente, que por otro lado ya paga con us impuestos la sanidad

22 Mar 2017, 19:50:06: PORQUE SIGO EJERCIENDO IGUAL.

22 Mar 2017, 20:09:03: El ahorro inmediato causa mayores gastos a futuro y aumenta la mortalidad. Bajando la media de edad de la población de hombres y mujeres respecto a años anteriores

22 Mar 2017, 20:47:15: Considero que se debe realizar un control sobre el acceso a Sanidad para evitar el turismo sanitario y el control del gasto de fármacos me parece claro

22 Mar 2017, 20:58:48: ELIMINACIÓN DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y RESTRICCIÓN DE PRESTACIONES ALAS QUE UN BUEN NUMERO DE CIUDADANOS NO TIENE ACCESO O ESTÁ LIMITADO POR CUESTIONES ECONÓMICAS.

22 Mar 2017, 21:07:12: nosé que quieren decir esas siglas

22 Mar 2017, 21:45:47: Creo que se debe evitar el turismo sanitario que tanto cuesta a la sanidad pública

22 Mar 2017, 22:10:56: No me

Encontraba en el país

23 Mar 2017, 09:08:40: No podemos mantener el nivel de servicio solo a costa de los profesionales sanitarios

23 Mar 2017, 10:50:55: Quiero criterios profesionales de gestión. Los actuales no tendrían cabida en ningún campo profesional externo a un ministerio

23 Mar 2017, 10:53:59: ABUSO CONSTANTE de la seguridad social por parte de los ciudadanos sobre todo inmigrantes que apenas cotizan y traen a todos sus familiares

23 Mar 2017, 11:41:54: Supone un recorte sin precedentes en el acceso a las prestaciones sanitarias, basado en un argumento falaz como la supuesta y nunca probada "sostenibilidad" del sistema.

23 Mar 2017, 12:41:52: Es necesario seguir haciendo reformas, la sanidad está llegando a una situación insostenible

23 Mar 2017, 12:41:57: La salud no puede depender de los vaivenes económicos , no puede estar sujeta a recortes

23 Mar 2017, 13:45:18: Estoy de acuerdo con la receta de principio activo

23 Mar 2017, 18:55:13: Se exige más cantidad y calidad de trabajo, con menos tiempo y menos estímulos laborales y profesionales

23 Mar 2017, 20:45:01: .

23 Mar 2017, 23:42:28: La pérdida económica que ha afectado a los colectivos más vulnerables y sobre todo a la población anciana que además suele ser la que presenta mayor número de patologías crónicas.

24 Mar 2017, 10:42:29: Creo en la universalidad de la atención sanitaria, pero estoy de acuerdo en que la financiación farmacéutica debe ser progresiva y relacionada con los ingresos del asegurado.

24 Mar 2017, 10:46:09: La entrada en vigor del RD ha supuesto la aparición de dificultades para la atención de menores inmigrantes que tienen la percepción de que no pueden ser atendidos si no son beneficiarios de prestación sanitaria

24 Mar 2017, 11:36:20: Medicina universal y gratuita sin derroche ni robo.

24 Mar 2017, 12:36:28: Desconozco en detalle los resultados que se han obtenido tras su aplicación

24 Mar 2017, 20:30:23: Teniendo en cuenta que el sistema está económicamente afectado creo necesarias algunas de estas medidas.

24 Mar 2017, 21:04:52:

24 Mar 2017, 21:21:00: Los motivos de desigualdad económica nombrados antes y en algunas ocasiones personas sin derecho a sanidad pueden tener problemas de salud importantes y hay que ofrecerles alguna solución. Sin embargo, es verdad que en ocasiones se hacía un uso excesivo por parte de personas que no son cotizantes.

24 Mar 2017, 21:47:44: positivo alguna desfinanciación , negativo no se aborda el abuso sanitario , cobertura desplazados , sin tarjeta

24 Mar 2017, 21:52:31: El problema de las autonomías, ya que hunde la atención del paciente y profesionalidad del médico

25 Mar 2017, 18:43:55: El sistema sanitario tiene que tener alguna limitación en el acceso, no puede ser gratuito para todos.

25 Mar 2017, 19:37:30: La financiación de la Sanidad está en serio peligro. La gestión pública y tan controlada impide que se tomen medidas de racionalización de ningún tipo. Se proponen medidas de corte de gasto porque son las únicas que podría controlar el gesto (Estado). NO hay medidas frente a la desidia, incumplimiento de horario y de funciones, que existe entre muchos trabajadores

26 Mar 2017, 16:32:05: ...

26 Mar 2017, 19:32:33: Principalmente en aspectos como el del copago para pacientes mayores con pensiones bajas o mínimas.

26 Mar 2017, 20:11:43: La atención sanitaria debe ser universal y gratuita

26 Mar 2017, 21:48:44: Es positivo el copado farmacéutico dependiendo de la renta pero en algunos casos ha dificultado el cumplimiento

26 Mar 2017, 22:08:12: Excesivos recursos humanos para la gestión sanitaria y escaso número de médicos en atención a los pacientes.

26 Mar 2017, 22:50:40: Creo que el copago es imprescindible para responsabilizar al paciente sobre los costos de la sanidad.

27 Mar 2017, 01:22:14: Me parece un grave error no poder atender a los llamados sin papeles

27 Mar 2017, 07:50:53: Hace que trabajemos peor y con muchas mas presion de las gerencias

27 Mar 2017, 10:45:16: Se definió el copago por renta, es injusto que a pensionistas millonarios haya que pagarles toda la medicación.

27 Mar 2017, 11:56:50: Perjuicio global

27 Mar 2017, 12:36:44: estudios de campo, multifactoriales y multiprofesionales

28 Mar 2017, 00:05:48: Reconozco que no he leído el RD mencionado pero sí he visto los cambios mencionados anteriormente con efecto del mismo.

28 Mar 2017, 00:13:28: La optimización y uso racional de los recursos son necesarios para soportar la sanidad pública, pero no se debe perder el acceso universal ni perjudicar a las personas con menos recursos económicos.

28 Mar 2017, 18:23:06: El control de asistencia a todo tipo de personas/patologías no urgentes me parece bien, pero el aumentar el gasto farmacéutico a personas pensionista igual no es tan buena idea.

29 Mar 2017, 06:51:04: desprotección de los débiles

30 Mar 2017, 01:13:22: DADA LA EVIDENTE LIMITACIÓN DE RECURSOS, CONSIDERO NECESARIO SU OPTIMIZACIÓN Y EL AJUSTE DEL GASTO

30 Mar 2017, 12:05:13: Es necesario un copago en la asistencia porque si no no se hace uso racional de ella tanto en asistencia como en fármacos

30 Mar 2017, 12:16:51: no he notado grandes cambios

31 Mar 2017, 14:23:09: TODO EL REAL DECRETO, ES UN DESPROPOSITO

31 Mar 2017, 20:53:36: Solo he vivido situaciones puntuales y creo que al final no se ha menoscabado la atención

No me toca a mí como médico legislar..

Hay ue evitar abusos y situaciones irregulares en algunos casos.

Si un español va a otro país, no tiene las facilidades que se le dan en España a otras personas

2 Apr 2017 , 13:25:50: los anteriormente expuestos

2 Apr 2017 , 21:15:04: Se ha retrocedido en el derecho a la asistencia sanitaria de todos, los españoles y los inmigrantes. Se ha pasado de un sistema universal que definía la Ley General de Sanidad de 1986 a un sistema de aseguramiento. Los españoles que pasen fuera de España más de tres meses pierden el derecho a la atención sanitaria, excepto si se trata de estudiantes que están haciendo estudios fuera.

3 Apr 2017 , 10:38:54: beneficia el ahorro pero creo q hay otras maneras tambien de ahorrar

3 Apr 2017 , 12:09:18: Discriminación de enfermos , no universalidad , aumento de gasto por parte del paciente

4 Apr 2017 , 23:29:11: Creo que la sanidad debe ser universal y que toda persona enferma debe tener acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos en igualdad de condiciones sin tener en cuenta el aspecto económico

8 Apr 2017 , 01:20:43: Estoy a favor del copago (vinculado a las posibilidades económicas del paciente) y a favor de la atención universal.

17 Apr 2017, 09:57:11: La falta de estudios serios .Sin embargo hasta el momento el uso de la Sanidad totalmente gratuito era claramente abusivo , multiples consultas avaios centros por el mismo motivo, uso abusivo- irresponsable de farmacos

17 Apr 2017, 20:19:28: El copago puede ser necesario, pero crea problemas graves en los pacientes con menos recursos.

La cobertura debería ser universal, como antes, aunque se puedan aplicar restricciones en tratamientos electivos o no urgentes en pacientes sin domicilio habitual en España (dificultar la llegada de familiares de inmigrantes solo para cirugías, y volver a su país, como pasaba antes), eso es un abuso para la sociedad, pero si viven en España, deberían tener acceso a la sanidad.

19 Apr 2017, 10:22:25: tiene aspectso positivso y negativos, habría que revisarla

19 Apr 2017, 10:35:11: Como he comentado antes se ha reducido protocolos de prevención básicos y por otro lado puede haber limitado cierto abuso, aunque siempre hay "trampas"

25 Apr 2017, 12:49:16: Medicina gratuita para todos.

25 Apr 2017, 15:21:20: Los expuestos anteriormente como efectos negativos.

17 May 2017, 10:45:46: se hace mejOor uso de los recursos y son más valorados por el paciente

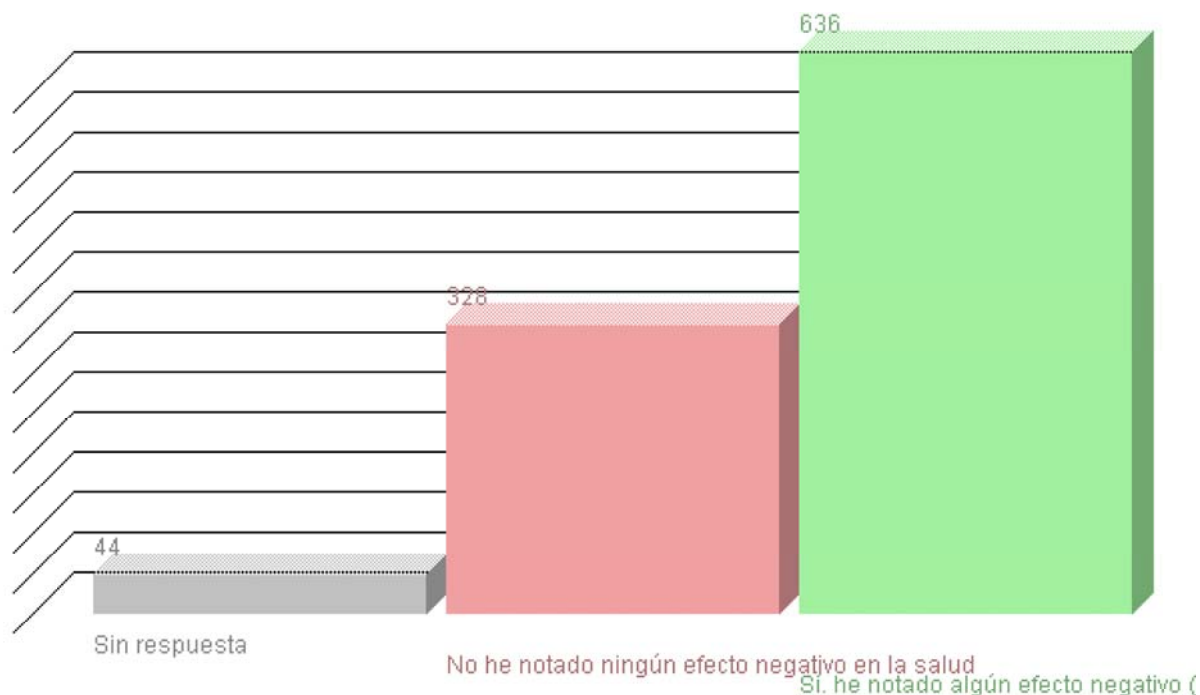
9 Jun 2017 , 20:38:11: Entiendo que hay un conflicto entre la universalidad del acceso, con lo que estoy de acuerdo, y la limitación de recursos, la sanidad pública no puede ser un agujero sin fondo

9 Jul 2017 , 20:38:14: no conozco a fondo el dicho RD

3 Aug 2017 , 13:36:22: La sanidad universal nos beneficia a todos.

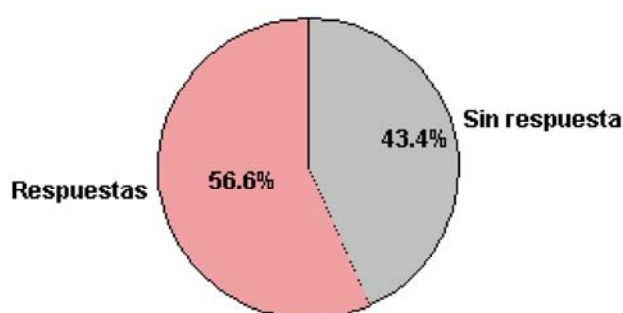
18) A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas relacionadas con la crisis económica iniciada en el 2008. ¿Ha notado algún efecto negativo derivado de la crisis en alguna enfermedad o problema de salud?

	frec.	total	resp.
<input type="checkbox"/> Sin respuesta	44	4.4%	
<input type="checkbox"/> No he notado ningún efecto negativo en la salud	328	32.5%	34%
<input type="checkbox"/> Sí, he notado algún efecto negativo (describa brevemente cuáles)	636	63.1%	66%



Sí, he notado algún efecto negativo (describa brevemente cuáles)

	frec.	total
Sin respuesta	437	43.4%
Respuestas	571	56.6%



17 Mar 2017, 10:19:46: aumento de depresiones y bajas y demandas a compañías de seguros (automóvil, hogar...)

17 Mar 2017, 10:19:48: perdida de inversión en sanidad e investigación sanitaria

17 Mar 2017, 10:27:10: Retirar medicación de la financiación

17 Mar 2017, 10:31:51: Falta de acceso a prestaciones en áreas

17 Mar 2017, 10:32:01: problemas laborales que generan ansiedad y síntomas depresivos

17 Mar 2017, 10:41:32: Dificultades de acceso a tratamiento en enfermedades crónicas

17 Mar 2017, 10:43:12: Salud mental

Bajas laborales

Consumo de tabaco

17 Mar 2017, 10:43:31: Relacionados con la nutrición y salubridad

17 Mar 2017, 10:44:35: Aumento ansiedad y depresión

17 Mar 2017, 10:44:52: Los enfermos no se tratan bien por dificultades para costear los tratamientos, ni se les prescriben los tratamientos adecuados, sino los más baratos.

17 Mar 2017, 10:44:53: Las personas se cuidan menos y hay más depresiones, ansiedad

17 Mar 2017, 10:46:33: Aumentó en patología psiquiátrica

17 Mar 2017, 10:47:57: Disminución de camas en centros hospitalarios

17 Mar 2017, 10:50:31: limitación de pruebas caras

17 Mar 2017, 10:51:33: Retraso en las citaciones, limitaciones en el acceso a tratamientos costosos pero muy eficaces (ej.: hepatitis C), masificación y disminución del número de profesionales

17 Mar 2017, 10:52:53: Menor presupuesto sanitario que deriva en peor calidad asistencial, menos personal y menores recursos

17 Mar 2017, 10:57:02: crisis ha hecho la excusa para recurrir al sueldo y hacer creer a la población que el sistema sanitario no funciona.

17 Mar 2017, 10:57:48: AUMENTO DE PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

17 Mar 2017, 11:01:36: Disminución de exploraciones complementarias, aumento de listas de espera, reducción de profesionales contratados, abandono de tratamientos por falta de recursos

17 Mar 2017, 11:03:52: menos inversión, menos profesionales sanitarios

17 Mar 2017, 11:05:37: Problemas de acceso a medicación de inmigrantes
17 Mar 2017, 11:05:43: en áreas poblacionales más castigadas ha aumentado tanto la gravedad como la cantidad de patología.
17 Mar 2017, 11:05:55: aumento de patología de salud mental
17 Mar 2017, 11:08:47: Hacemos horas extras
17 Mar 2017, 11:10:35: Incremento de la patología mental de espera neurótica (trastornos adaptativos de ansiedad y/o depresión) secundaria a problemas laborales o económicos.
Problemas en ancianos dependientes con mayor dificultad para la gestión de sus cuidados
17 Mar 2017, 11:11:34: En el ámbito privado en Salud Mental noto un desfase en cuanto a los servicios públicos, los programas de rehabilitación psiquiátricos en ese grupo de pacientes que sólo pueden acceder a este tipo de servicios por el seguro que tienen. Supongo que los recortes hacen mella en ellos.
17 Mar 2017, 11:13:08: En la salud mental de los pacientes
17 Mar 2017, 11:13:21: Cirugía traumatológica y ortopédica(Se restringen las prótesis), con largas listas de espera.
17 Mar 2017, 11:13:28: Tiempo de espera para ser atendido por especialista
17 Mar 2017, 11:15:35: Desde peores contratos a los profesionales de la salud hasta dificultad de acceso a ciertos medicamentos.
17 Mar 2017, 11:16:09: aumento de incidencia y gravedad de enfermedades mentales
17 Mar 2017, 11:19:36: Menos ayuda a la dependencia, personas mayores que no pueden acceder a residencias...son aspectos sobretodo de tipo social.
17 Mar 2017, 11:21:01: sueldos y jubilación de los profesionales
17 Mar 2017, 11:21:12: En sanidad pública, mayor control del gasto farmacéutico sin consideraciones sobre las indicaciones clínicas
17 Mar 2017, 11:21:55: Psiquiatrización de problemas sociales
17 Mar 2017, 11:22:10: psicologicos
17 Mar 2017, 11:23:40: La calidad de atención en general es peor. La falta de acceso a tratamientos aumento con el empeoramiento de enfermedades crónicas que obligan a mayores consultas en las Urgencias.
17 Mar 2017, 11:23:49: Aumento de listas de espera, carestía de medios, disminución de plantillas
17 Mar 2017, 11:24:02: Problemas de desabastecimiento de vacunas a los niños
17 Mar 2017, 11:25:16: menos sanidad privada, reclaman mas terapias en la publica que antes ni venian (logopeda, fisio, psicologo)
17 Mar 2017, 11:25:35: Mayor índice de desnutrición y peores cuidados en el anciano. Muy pocas posibilidades de comprar medicación, ortesis o suplementos que no cubre el insalud
17 Mar 2017, 11:25:44: Mayor stress y menos accesibilidad a atención. Mas exclusión social, peor nutrición.
17 Mar 2017, 11:25:55: no se le dedica el mismo tiempo a cada paciente. como era antes de la crisis
17 Mar 2017, 11:26:27: Aumento de abandonos terapéuticos; aumento de medicina alternativa
17 Mar 2017, 11:27:01: Con menos recursos, menos posibilidades de gastos sanitarios y saludables
17 Mar 2017, 11:27:05: Peor accesibilidad al sistema de los usuarios, deterioro en la atención por falta de medios y deterioro en la motivación del personal sanitario por empeoramiento de sus condiciones laborales
17 Mar 2017, 11:28:27: Menos pólizas en sanidad privada
17 Mar 2017, 11:28:29: Mayor auto control de los profesionales a la hora de prescribir medicamentos caros
17 Mar 2017, 11:29:00: Interrupción de tratamientos en pacientes crónicos por el coste de los mismos
17 Mar 2017, 11:29:52: Algunos medicamentos.
17 Mar 2017, 11:30:28: Estrés laboral
Menos plazas de médicos y PEOR pagas
Mas universidades de medicina, mas médicos y menos plazas dignas.
Mas medicina privada, NO AUDITADA POR EL ESTADO... que hace lo que quiere tanto por el paciente como por el medico
17 Mar 2017, 11:34:24: peor alimentación
17 Mar 2017, 11:35:07: malos salarios al medico.---> mala atención al paciente
17 Mar 2017, 11:35:16: tratamientos topicos que no pueden pagar pacientes, medicamentos de la hepatitis C en madrid
17 Mar 2017, 11:36:56: Basicamente temas de ansiedad
17 Mar 2017, 11:38:59: AUMENTO DE LISTAS DE ESPERA
17 Mar 2017, 11:40:06: la adherencia a tratamientos, la asistencia a consultas , la falta de derivación a otras especializadas como la mía propia Medicina Física y Rehabilitación, las listas de espera oficiales y encubiertas, la reposición de bajas y nuevas contrataciones de personal sanitario, etc
17 Mar 2017, 11:42:39: ALGUNOS NO PUEDEN COMPRAR MEDICACIÓN. SE QUEJAN DE QUE HAN SACADO MEDICAMENTOS DE SS
17 Mar 2017, 11:42:44: Personal muy quemado
17 Mar 2017, 11:42:46: Ma estres y problemas de depresión y ansiedad
17 Mar 2017, 11:43:07: dificultad para encontrar trabajo, peores sueldos
17 Mar 2017, 11:43:45: tratamientos de algunas enfermedades crónicas
17 Mar 2017, 11:45:06: Aumento del empleo precario para los profesionales con la consecuente repercusión sobre los enfermos, atención mas deficiente.
17 Mar 2017, 11:45:55: Peor nutrición infantil y aumento de las sociopatías infantiles, deterioro en la enseñanza, paro de los padres etc
17 Mar 2017, 11:46:34: Gran aumento de los Trastornos Adaptativos.
17 Mar 2017, 11:48:50: Menos visitas odontologo
17 Mar 2017, 11:49:27: Menor pago a los profesionales, menor tiempo para pacientes
17 Mar 2017, 11:52:15: Depresión y ansiedad.
17 Mar 2017, 11:53:13: afectación importante de colectivos vulnerables.
No se ha incidido en otros aspectos que suponen importante gasto sanitario y no afectan directamente al paciente.
17 Mar 2017, 11:53:41: Suicidios y todas aquellas enfermedades relacionadas con los determinantes sociales de la salud
17 Mar 2017, 11:54:30: Listas de espera vergonzosas por reducción de camas y personal
17 Mar 2017, 11:56:00: Más paro, mayo abuso de alcohol y sedentarismo en desempleados
17 Mar 2017, 11:56:37: Aumento de casos de ansiedad por problema laborales
17 Mar 2017, 11:58:28: empeoramiento en cumplimiento de tto, y enfermedades psicológicas y reorganización de familias (adultos q vuelven al hogar parental con o sin hijos)
17 Mar 2017, 11:58:36: Peor alimentación, problemas adquisición de alimentos y medicamentos no financiados, solicitud asistencia social
17 Mar 2017, 11:58:56: depresiones
17 Mar 2017, 11:59:56: baja adherencia a tratamientos no cobertura universal
17 Mar 2017, 11:59:58: Aumento incidencia patologías psíquicas
17 Mar 2017, 12:01:06: Stress y problemas de salud derivados a este problema
17 Mar 2017, 12:01:27: La precariedad laboral condiciona las condiciones de vida y a medio y largo plazo los resultados en salud
17 Mar 2017, 12:02:37: La crisis económica y sus consecuencias ha empujado al usuario a buscar solución a sus problemas económicos y laborales en el Centro de Salud

17 Mar 2017, 12:04:08: Personas sin acceso a la sanidad pública y que no pueden sufragarse el gasto farmacéutico

17 Mar 2017, 12:05:18: Trabajo en fertilidad y es una especialidad que sólo gente con medios puede usar.

17 Mar 2017, 12:05:35: Incumplimiento de tratamiento, retraso en el diagnóstico

17 Mar 2017, 12:05:47: En clases menos favorecidas por unos menores medios económicos para atender sus enfermedades.

A nivel hospitalario se han convertido los pacientes en estadísticas para la mayoría de las gerencias.

17 Mar 2017, 12:07:17: El más grave es el incremento de mala nutrición en la población infantil al no poder cubrir los gastos de los comedores escolares.

17 Mar 2017, 12:07:17: Más dificultad para pagar los tratamientos y más recortes en gasto

17 Mar 2017, 12:07:45: Abandonos de tratamiento, mínimos en mi experiencia. Siendo mayor el estado generalizado de abuso

17 Mar 2017, 12:07:55: Hospitales saturados, personal se va jubilando y no los sustituyen

17 Mar 2017, 12:07:57: Abandonos de tratamiento, mínimos en mi experiencia. Siendo mayor el estado generalizado de abuso

17 Mar 2017, 12:08:40: Se consulta con patología más avanzada clínicamente.

17 Mar 2017, 12:08:49: Obesidad, trastornos psiquiátricos de la esfera del afectiva y trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias.

17 Mar 2017, 12:09:18: Las personas mayores en la pública dejan de operarse o se restardan

17 Mar 2017, 12:10:06: Mala alimentación de los pacientes, lo que conlleva más casos de HTA, diabetes, dislipemia...

17 Mar 2017, 12:11:31: Peor alimentación

Más pobreza energética

17 Mar 2017, 12:11:31: STRESS, CARDIOVASCULAR, PSICOLOGICO

17 Mar 2017, 12:14:40: escasez de personal facultativo, pacientes que no pueden pagarse tratamientos, pacientes jóvenes que no acuden a consulta por no poder costear el transporte desde el domicilio.

17 Mar 2017, 12:15:33: Se tarda más en diagnosticar y tratar. Hay más enfermedad laboral por mal ambiente, más depresiones y acoso interno, entre los trabajadores, más depresión por mal estilo de dirección y gestión, maltrato psicológico.

17 Mar 2017, 12:16:40: Mas problemas de estado de animo muchas veces secundarios a problemas de falta de trabajo o menores ingresos

17 Mar 2017, 12:17:15: Menos personal, recorte en camas hospitalarias

17 Mar 2017, 12:17:22: En población infantil sobre todo peor calidad de la nutrición

17 Mar 2017, 12:17:38: Aumento de enfermedades infecciosas, menor cumplimiento de tratamientos

17 Mar 2017, 12:21:14: Como antes comentaba, la precariedad laboral ha creado muchos trastornos en todas las enfermedades, los recortes en farmacia han provocado falta de medicación crucial para algunos pacientes. Falta de personal ha hecho que las urgencias estuviesen saturadas, que no hubiesen camas y los pacientes no pudiesen ingresar quedándose en urgencias varios días. Sectores enteros de los hospitales cerrados por falta de personal. Personal con contratos precarios que obviamente no atienden igual a un enfermo. Imagínese que va a su médico de cabecera y cada día se encuentra a uno nuevo que no le conoce y que no va a tomar decisiones importantes con respecto a su salud, sobretodo preventivas, cambio de tratamientos, cambio de bajas... porque al día siguiente estará otro médico distinto...

17 Mar 2017, 12:26:21: disminución de recursos

17 Mar 2017, 12:26:49: No tengo datos

17 Mar 2017, 12:29:15: Trombosis de stent coronarios por no comprar medicación.

Pacientes que por no faltar a trabajos precarios omiten sus revisiones.

17 Mar 2017, 12:30:08: Las enfermedades psiquiátricas son mucho más frecuentes y son silenciadas. Las crisis de ansiedad por ej. son mucho más frecuentes que antes.

17 Mar 2017, 12:30:23: La situación económica afecta directamente a las clases más vulnerables afectando directamente a la salud emocional y a la salud mental.

17 Mar 2017, 12:30:59: Menos profesionales, menos dinero para la sanidad pública

17 Mar 2017, 12:32:35: Los pacientes lesionados no guardan los tiempos de reposo por miedo a perder su empleo

17 Mar 2017, 12:33:35: Presupuesto asignado

17 Mar 2017, 12:35:09: Mayor lista de espera

17 Mar 2017, 12:36:14: Peor y más tardía atención a los problemas sanitarios. Menores expectativas en los usuarios sobre su atención

17 Mar 2017, 12:36:36: La adhesión a determinados tratamientos en ciertos sectores de la población se ha deteriorado

17 Mar 2017, 12:37:30: Las personas evitan darse de baja laboral para que no se le descuente en nómina.

17 Mar 2017, 12:38:43: Pacientes enfermos que acuden a trabajar presionados por el miedo al despido

17 Mar 2017, 12:40:49: Mayor incidencia de depresión-ansiedad

17 Mar 2017, 12:43:08: NO LO SE

17 Mar 2017, 12:43:21: Más problemas de salud derivados de los problemas económicos: dietas con menor calidad, y también ansiedad, depresión.

17 Mar 2017, 12:48:22: Atención a extranjeros. atención a grupos determinados de españoles y falta de adherencia al tratamiento

17 Mar 2017, 12:49:00: Remuneración

17 Mar 2017, 12:49:25: Se contrata menos personal y algunas instalaciones deterioradas no se modernizan

17 Mar 2017, 12:51:39: La población acudía más al médico y era más demandante

17 Mar 2017, 12:53:07: Disminución de cirugía de tarde en hospitales públicos. Siendo derivados a privadas, pero la atención postoperatoria y complicaciones se siguen atendiendo en la pública

17 Mar 2017, 12:54:17: Precariedad

17 Mar 2017, 12:54:18: - menos facultativos
- mayor carga de trabajo para los facultativos
- aumento de las listas de espera de consulta y de cirugía

17 Mar 2017, 12:54:30: más patología de salud mental: más ansiedad, más depresión y, más incapacidad para realizar el seguimiento de tratamientos por problemas económicos o dificultad para atender a las citas por miedo a faltar al trabajo

17 Mar 2017, 12:54:46: A nivel de sanidad privada se ha notado mucho. Algunos asegurados no han podido soportar la crisis

17 Mar 2017, 12:54:47: Afortunadamente en mi campo no he notado ningún cambio negativo para los pacientes.

Diferente es para nosotros los profesionales de la sanidad

17 Mar 2017, 12:58:06: Mayor patología adaptativa

17 Mar 2017, 12:58:40: mayor patología psiquiátrica

17 Mar 2017, 13:03:27: Personas sin acceso a alguna medicación por tema económico

17 Mar 2017, 13:04:20: Las listas de espera en la pública, especialmente en oncología y problemas cardíacos.

17 Mar 2017, 13:07:05: Deterioro real y percibido en la asistencia sanitaria

17 Mar 2017, 13:09:36: En Salud Mental es evidente: Psiquiatrización de la precariedad laboral, respuestas farmacológicas a lo que son problemas sociales. Esto genera secundarismos, más sufrimiento y estigma.

17 Mar 2017, 13:11:28: Hay más pacientes con problemas nutricionales y de abandono de tratamiento

17 Mar 2017, 13:11:49: Recortes sanitarios: personal, mayor presión asistencial.... etc

17 Mar 2017, 13:15:20: El número de personas que accede al sistema sanitario privado ha disminuido sensiblemente

17 Mar 2017, 13:21:43: Tiempo espera

17 Mar 2017, 13:22:01: Falta de inversión hospitalaria en material fungible e inventariable

17 Mar 2017, 13:23:02: No comprar los medicamentos crónicos que son más caros.

17 Mar 2017, 13:23:42: Más problemas económicos

17 Mar 2017, 13:27:40: paro, problemas económico, salidad de emigrantes y "Pobres vergonzantes"

17 Mar 2017, 13:27:42: toma de menos medicación costosa

17 Mar 2017, 13:32:56: La atención médica en el SPS es peor

17 Mar 2017, 13:33:33: Aumenta la depresión en la comunidad ,violencia familiar y se eleva el divorcios

17 Mar 2017, 13:34:30: Mas personas con síntomas depresivos

17 Mar 2017, 13:34:38: Disminución de poder adquisitivo

17 Mar 2017, 13:35:57: Pacientes que abandonan tratamientos por motivos económicos

17 Mar 2017, 13:37:31: Aumento tiempo espera para especialistas y pruebas diagnósticas.

17 Mar 2017, 13:37:46: SOBRE TODO EN LA VIVIENDA Y EN LA ALIMENTACIÓN

17 Mar 2017, 13:39:24: Precariedad económica con impacto en la salud: angustia, ansiedad, etc.

17 Mar 2017, 13:40:27: el poder pagar la medicación .

17 Mar 2017, 13:40:55: Patologías derivadas del desempleo y la precariedad económica

17 Mar 2017, 13:41:45: Problemas en la alimentación infantil

17 Mar 2017, 13:42:10: más casos d problemas psicológicos

17 Mar 2017, 13:49:41: aumento de ansiedad y depresión en relación con preocupaciones laborales

17 Mar 2017, 13:52:28: Un país mucho más injusto con .jóvenes sin futuro. Pérdida de valores como causa de corrupción

17 Mar 2017, 13:52:30: Mas casos de depresion e hipocondria

17 Mar 2017, 14:01:49: Incremento de situaciones de estrechez socioeconómica que dificultan el acceso a algunas medicaciones

17 Mar 2017, 14:01:51: En el laboratorio prima el coste de los reactivos a la opinión del especialista

17 Mar 2017, 14:06:49: Mayor presencia de enfermedades mentales, como ansiedad, insomnio, depresión o trastornos adaptativos.

17 Mar 2017, 14:07:27: menos toma de medicacion

17 Mar 2017, 14:07:41: falta de personal

17 Mar 2017, 14:09:32: patologias diferentes, sobre tido psiquicas.

17 Mar 2017, 14:12:36: falta de retrovirales

medicamentos de peor calidad

17 Mar 2017, 14:14:10: Limitación de recursos en las investigación científica

17 Mar 2017, 14:15:25: Quizá más problemas de ansiedad

17 Mar 2017, 14:17:19: Un mayor control del gasto sanitario farmacéutico a los profesionales del medio público

17 Mar 2017, 14:27:00: Se acude menos al medico por miedo a la baja laboral , actualmente menos

17 Mar 2017, 14:28:16: depresion

17 Mar 2017, 14:28:38: Con la crisis y el copago farmaceutico existe menos disponibilidad al acceso de la medicación.

17 Mar 2017, 14:31:16: Trabajo más horas y gana menos

Pago muchísimos más impuestos (generales y locales)

17 Mar 2017, 14:31:54: . Altas adelantadas sin restablecimiento total del paciente.

Presión y acoso al trabajador.

Altas hospitalarias precoces.

17 Mar 2017, 14:32:40: Los pacientes han restringido el gasto sanitario, las condiciones de higiene, menos baños por ahorrar energía, menos comidas, menos gastos en ropa necesaria

17 Mar 2017, 14:34:04: Reacciones de adaptación prolongadas con repercusiones en descontrol de HTA, DM... en relación con la nueva normativa laboral que deja indefensos a los trabajadores

17 Mar 2017, 14:43:29: Salud pública: enfermedades crónicas, enfermedades raras y enfermedades infecciosas

17 Mar 2017, 14:45:39: Lesiones malignas en jóvenes no han sido atendidas a tiempo

17 Mar 2017, 14:46:52: Mayor miedo para perder el puesto de trabajo en pacientes de empresas de ámbito privado.

17 Mar 2017, 14:48:12: Los pacientes tienen menos dinero para pagar medicinas, vacunas no financiadas y desplazamientos a centros sanitarios. Más ansiedad, depresión y conflictos psicológicos por culpa del desempleo. Riesgo nutricional en las familias más vulnerables.

17 Mar 2017, 14:54:03: Más enfermos, menos profesionales con peores contratos, peores sueldos y menos descansos- vacaciones, consultas más masificadas, menos suplentes, menor recambio de aparataje.

Aumento de patologías del disconfort, suicidios, depresiones y ansiedad, etc

17 Mar 2017, 14:55:22: LAS VACUNACIONES SE HAN RESTRINGIDO Y EN ALGUNOS CASOS NO SE LES HA PODIDO VACUNAR

LA MEDICACION A VECES ESCASEA

SE HAN PARALIZADO ESTUDIOS MEDICOS

17 Mar 2017, 14:57:15: Menos presupuesto para suplentes con lo que las consultas se masifican, menor tiempo para atender a los pacientes

17 Mar 2017, 14:57:38: Peor alimentación, mayores niveles de dislipemias y obesidad ya que los alimentos más baratos son los menos sanos, miedo a acudir al médico por no pedir permiso en el trabajo, con peor control del riesgo, peor salud dental, mayor depresión y ansiedad

17 Mar 2017, 15:01:16: Se redujeron las jornadas con lo q implica

En la lista de espera. Se intentó la externalización de pruebas con gran perjuicio para el paciente. En nuestro servicio existe la superespecialización q permite un mejor diagnóstico de los pacientes y seguimos bien a los pacientes con gran interés. La externalización no es beneficiosa para el paciente ya q es importante disponer de estudios previos para comparar, q vean los estudios las mismas personas, q el q vea el estudio pueda explicarles a los clínicos y a los cirujanos los hallazgos. Los estudios de cada centro se realizan con distintos protocolos....

17 Mar 2017, 15:03:41: Incumplimiento de tratamientos por precios

Aumento de la presión asistencial con disminución de la calidad de la atención que prestamos

17 Mar 2017, 15:07:06: Disminución notable de personal

17 Mar 2017, 15:09:42: Disminución en la toma de tratamientos

17 Mar 2017, 15:10:20: Ansiedad

17 Mar 2017, 15:14:07: Mayor presión asistencial. Demoras mayores para cita con especialistas

17 Mar 2017, 15:27:58: En los ingresos profesionales, favoreciendo a las empresas aseguradoras

17 Mar 2017, 15:33:34: peor asistencia

17 Mar 2017, 15:38:47: Hay personas que al quedarse sin trabajo depende de los padres jubilados. Tienen peor alimentación.

La asistencia al odontólogo en pacientes con recursos económicos bajos es nula. Se limitan a ir al médico de familia a por antibióticos y antiinflamatorios

17 Mar 2017, 15:38:48: más abandono del tratamiento crónico, más pacientes con depresión

17 Mar 2017, 15:40:03: Bajadas de sueldo y recortes en personal

17 Mar 2017, 15:40:49: Ansiedad - Depresión - Desmotivación y Desconfianza

17 Mar 2017, 15:43:52: Médicos peor pagados. Desmotivación.
17 Mar 2017, 15:45:25: Retraso en pruebas diagnosticas y en la aplicacion de tratamientos Retrasos en el acceso a los especialistas. Limitacion economicas a la hora de instaurar tratamientos.
17 Mar 2017, 15:45:44: Depresión, alcoholismo, suicidios, maltrato
17 Mar 2017, 15:47:00: Al disminuir los recursos sanitarios se ha mermado la calidad asistencial
17 Mar 2017, 15:48:06: Mayor presión asistencial. Demoras mayores para cita con especialistas
17 Mar 2017, 15:48:55: Sobresaturación delistas de espera
17 Mar 2017, 15:53:49: Más cuadros de ansiedad
17 Mar 2017, 15:58:38: Al no poder pagara la calefaccion, hay ancianos con mas neumonias, bronquitis, resfriados , etc en invierno
17 Mar 2017, 16:03:26: Aumento isquemia cardiaca. Deprivación alimentaria
17 Mar 2017, 16:05:20: Menor acceso a la salud
17 Mar 2017, 16:06:24: Menos medios en la sanidad pública
17 Mar 2017, 16:06:49: No suplencia de bajas y de vacaciones y menos poder económico por parte de los pacientes para poder costearse los tratamientos
17 Mar 2017, 16:09:00: Aumento de las depresiones y situaciones de stress
17 Mar 2017, 16:16:31: más caries, mas delgadez
17 Mar 2017, 16:22:03: Enfermedades relacionadas con el bajo estado de ánimo
17 Mar 2017, 16:24:47: S depresivos reactivos a lo anterior con la conversión funcional que eso conlleva
17 Mar 2017, 16:25:13: sin cambios
17 Mar 2017, 16:25:19: Peor atención por menor tiempo disponible, mayor demora en la atención en consulta y en las listas de espera quirúrgica.
17 Mar 2017, 16:27:25: Anterior descrito
17 Mar 2017, 16:29:44: Restricciones en la financiación de algunos tratamientos
 Sobrecarga asistencial
 Presión laboral
 Precariedad laboral
17 Mar 2017, 16:30:54: Aumento de problemas emocionales, dificultad para pagar tratamientos, mayor demanda y agresividad por los pacientes
17 Mar 2017, 16:34:34: Dificultad de pago de medicamentos, disminucion de profesionales, menos medios
17 Mar 2017, 16:51:49: Falta de medios y economia
17 Mar 2017, 16:58:04: Crecimiento de las patologías psíquicas y somatizaciones
17 Mar 2017, 17:03:17: Patología emocional (depresión, estrés, ansiedad) por la situación económica
 Empeoramiento de patologías físicas por detrimento de cuidados (peor alimentación, imposibilidad de recursos como fisioterapia o natación)
17 Mar 2017, 17:09:57: relacionadas con el stress, depresion, que derivan en HTA, DM
17 Mar 2017, 17:13:23: Más dificultad para actualizar equipamiento médico.
17 Mar 2017, 17:13:45: Sobrecarga de la red de Salud Mental por problemas derivados, generalmente trastornos adaptativos; lo que se hace a costa de la atención al paciente con trastorno mental grave
17 Mar 2017, 17:23:45: falta de adaptabilidad de la población al cambio
17 Mar 2017, 17:25:10: He tenido muchos pacientes que no han hecho determinados tratamientos farmacologicos por no poder sufragar los medicamentos. Y de la salud dental , por ejemplo, ya ni hablamos
17 Mar 2017, 17:32:41: Demoras. Por lo tanto demoras en el inicio de tto
17 Mar 2017, 17:35:49: Falta de control de enfermos cronicos.
 Abandonó de tratamientos
 Cambios en medicación a presentaciones más económicas por no poder pagar
 Embarazos sin controlar por desconocimiento de las pacientes en cuanto a excepción del RD
17 Mar 2017, 17:41:56: Acceso a ayudas técnicas, dotacion de recursos hospitalarios, recursos para enfermos cronicos, empeoramiento del transporte sanitario, cierre de Servicios, derivación externa de los mismos, sobresaturacion de primaria, cambios constantes de profesionales titulares en los ambulatorios, pago y copago en vacunaciones infantiles basicas, aumento de listas de espera. Hay demasiados puntos que han empeorado en los ultimos años.
17 Mar 2017, 17:43:22: Muchos más pacientes con problemas sociales, psicologicos y trastornos psicicos que repercuten sobre la mayoría de enfermedades crónicas.
17 Mar 2017, 17:52:02: Cambios cuidados de salud derivados a peores condiciones laborales, estrés, modificación hábitos por otros menos saludables. Con consecuentes consecuencias sobre salud.
 Faltas de cuidados, no cumplir con reposos indicados, no cumplir con tratamientos por sus costes, etc
17 Mar 2017, 17:56:37: estados de ansiedad y depresion
17 Mar 2017, 17:57:30: mayor desesperanza que se traduce en un aumento del número de suicidios. Peor salud emocional
17 Mar 2017, 18:01:10: Pacientes con enfermedades crónicas (VIH, EPOC , DM ...)
17 Mar 2017, 18:11:24: NO SUSTITUCIÓN DE MEDICO QUE ESTÁN DE BAJA
17 Mar 2017, 18:16:28: Las listas de espera en general se han incrementado
17 Mar 2017, 18:18:30: mi sueldo
17 Mar 2017, 18:19:03: peor control de los pacientes. Más listas de espera
17 Mar 2017, 18:26:14: Mayor frecuencia de problemas medicos relacionados con desnutricion asi como acceso a terapias que deba pagar el paciente: oxígeno domiciliario (100=80/mes en electricidad), rehabilitacion,...
17 Mar 2017, 18:33:55: Menos presupuesto en todos los capitulos: personal, gasto sanitario,...
17 Mar 2017, 18:35:24: Menor prevención en salud
17 Mar 2017, 18:38:07: incumplimiento terapeutico
17 Mar 2017, 18:39:59: EN EL RETRASO, EN GENERAL DE PRUEBAS Y TRATAMIENTOS
17 Mar 2017, 18:46:17: Peor calidad en la atención al paciente y más sobrecarga en mi trabajo
17 Mar 2017, 19:11:43: dificultad en costear tratamientos
 dificultad en ausentarse del trabajo para acudir al médico
17 Mar 2017, 19:24:22: Peor cumplimiento terapéutico y estado nutricional del anciano
17 Mar 2017, 19:26:07: descuido en el tto y seguimiento de diferentes patologías tanto por la sanidad como por el paciente
17 Mar 2017, 19:26:54: Peor control de las enfermedades crónicas
17 Mar 2017, 19:36:37: Aumento de la patología en relación con el estrés y la depresion
17 Mar 2017, 19:44:52: - Más desempleo, más problemas por depresión y por abuso de tóxicos.
 - Peor alimentación, mayor obesidad.
17 Mar 2017, 19:51:58: Pacientes que no toman los fcos
17 Mar 2017, 19:54:02: Ansiedad , depresión , stress por estar en paro o por miedo a perder empleo , falta de estabilidad económica. Menos bajas laborales por miedo a perder el empleo.
17 Mar 2017, 19:57:12: Pacientes con mayor ansiedad, depresión y abandono de su salud bucodental.
17 Mar 2017, 19:57:47: Es un hecho que el empobrecimiento conlleva un deterioro en la calidad de vida de los ciudadanos, aumentando la morbilidad y la mortalidad.

17 Mar 2017, 19:59:01: Aumento de patología psiquiátrica

17 Mar 2017, 20:04:37: Mayor angustia e inseguridad

17 Mar 2017, 20:06:02: Menor gasto en fármacos no financiados

17 Mar 2017, 20:11:14: Repunte de ciertas enfermedades casi desaparecidas y aumento de enfermedades psicosociales

17 Mar 2017, 20:15:14: Han aumentado las alteraciones derivadas del estrés, con la ansiedad y la depresión. Además, Empieza a llamar la atención la subida de procesos neoplásicos que de forma natural aparecen tras un periodo de 7 a 10 años tras situaciones de estrés crónica como el duelo, el paro..Se ha tratado tan mal a los suplentes, que ahora, nuestros "jefes" o directivos nos dicen que tienen dinero, pero no hay suplentes. Los profesionales estamos sobrecargados de trabajo.

17 Mar 2017, 20:18:08: Aumento de enfermedades infecciosas y carenciales, sobre todo en infancia y ancianidad.

17 Mar 2017, 20:19:55: Pacientes con problemas economicos que buscan una prestación social exagerando y/o simulando una enfermedad fisica y/o mental

17 Mar 2017, 20:28:27: Aumento de cuadros crónicos asociados con sdme depresivos. No poder adquirir ciertos fármacos.

17 Mar 2017, 20:32:01: Mi especialidad se ha notdo muchísimo ,al ser una parcela sin prácticamente cobertura pública. la odontología. Muchos más tratamientos paliativos con extracción que restauraciones. pacientes que no acudían a la pública para ello si han vuelto a que le realicen las extracciones o cirugías.

17 Mar 2017, 20:34:08: retraso o falta de diagnosticos y tratamientos por no poder acudir a las consultas y pruebas, por no poder faltar a su trabajo, incremento peligroso de consultas y tratamientos y bajas laborales por las malas condiciones laborales, el desempleo, el acoso laboral, las malas condiciones de la vivienda, inestabilidad, etc etc

17 Mar 2017, 20:38:35: aumento de las patologias cronicas y diagnosticos tardios

17 Mar 2017, 20:51:40: retraso en la asistencia

17 Mar 2017, 20:55:32: Como he dicho, mal control de enfermedades por no tener acceso a tratamientos.

17 Mar 2017, 21:06:49: Dificultad para altar pacientes, efecto negativo sobre la salud mental al aumentar la pobreza y empeorar el nivel economico

17 Mar 2017, 21:15:25: Abandono de politicas preventivas. Mas venereas. Mas depresion y suicidios.

17 Mar 2017, 21:27:41: disminución del control de enfermedades como TB

17 Mar 2017, 21:30:45: Mayor dificultad para llevar una alimentación equilibrada.

17 Mar 2017, 21:32:22: Pues la merma de las nóminas de los médicos hasta límites insostenibles.

17 Mar 2017, 21:44:32: Pobreza económica y laboral, junto con deterioro en la educación, y falta de representantes honrados.

17 Mar 2017, 21:49:14: Aumento de patologías relacionadas con estres y ansiedad, peor atencion a dependientes, peor adherencia a tratamiento

17 Mar 2017, 22:00:16: Más brotes de dermatosis relacionadas con estrés

17 Mar 2017, 22:15:20: No se pueden hacer diagnósticos y tratamientos de alta calidad

17 Mar 2017, 22:16:27: Más problemas para pacientes dependientes

17 Mar 2017, 22:20:22: Más diagnostico de patologia psiquiátrica como ansiedad. Problemas de alimentación variada

17 Mar 2017, 22:27:45: Aumento de las consultas derivadas del estres y la ansiedad,negativa inicial por oarte del gobierno a tratar enfermos de hepatitis c con los nuevos antivirales de accion directa,aumento de los dias de ingreso hospitalario por problematica social

17 Mar 2017, 22:44:42: Empeoramiento de la salud bucodental de los pacientes, mayor índice de anemias ferropénicas por incapacida para comprar alimentos proteícos, mayores índices de depresión por desempleados

17 Mar 2017, 22:58:57: Imposibilidad de seguir un tto por problemas económicos que generaba mayor psicopatología.

17 Mar 2017, 22:59:14: Más tiempo de espera para las citas, concretamente en especializada. Los médicos cambian constantemente con lo cual no hay seguimiento del paciente , el cual se siente algo abandonado y mal seguido

17 Mar 2017, 23:04:41: acuden menos pacientes a consulta

17 Mar 2017, 23:06:18: preocupación por la situación laboral

17 Mar 2017, 23:16:07: Algunos pacientes no pueden costear los tratamientos

17 Mar 2017, 23:18:22: Más ansiedad y stréss asiático

17 Mar 2017, 23:32:56: Fundamentalmente la nobrlosion de personal , no incremento de salarios , contratación precaria.

17 Mar 2017, 23:34:53: ALCOHOL

17 Mar 2017, 23:45:05: ..

17 Mar 2017, 23:51:51: Aumento de enfermedades pscosomaticas y trastotnos afectivos

17 Mar 2017, 23:56:53: MAYOR DEMORA EN EL ACCESO A PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERCVENCIONES QUIRÚRGICAS

18 Mar 2017, 00:12:03: LA ATENCIO AL MAYOR ES EN ALGUNOS HOSPITALES SEGUN EL PROFESIONAL Y SU OPINION DE ESTOS , CON FRECUENCIA SE DEVUELVEN LOS PACIENTES CON ALTAS MUY TEMPRANAS, HAY MAL USO DE LOS ATB , Y NO SE USAN ALGUNOS MEDIOS DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS COMO ES LA MICROBIOLOGIA POR LO CUAL , CON REGULARIDAD BRUILLAN POR SU AUSENCIA LOS ESTUDIOS DE ESPUTOS PARA ESPECIFICAR GERMESES , Y DE OTROS TIPO DE INFECCIONES LO CUAL AL FINAL PROVOCA ,MAS GASTOS EN ATENCIONES DE URGENCIA ETC E INCLUSO SE CALIFICA DE ESTADO TERMINAL ESTADOS FRECUENTES EN EL MAYOR COMO SON LAS INFECCIONES PERFECTAMENTE CURABLES HOY DIA CON ATB BIEN APLICADOS

18 Mar 2017, 00:21:26: Algunas personas no podían comprar la medicación o la alimentación era "baratilla", no siempre igual a sana.

18 Mar 2017, 00:29:21: Sobre todo en el paciente dependiente

18 Mar 2017, 00:52:03: Más depresiones

18 Mar 2017, 00:57:51: Peor nutrición, y cuidado de la boca.

18 Mar 2017, 01:05:57: Peor nutrición. Reticencia a medicamentos caros.. Abandonó de tratamientos no cubiertos por no poder pagarlos

18 Mar 2017, 01:10:48: Peor calidad de vida en poblacion infantil, derivada de: peor alimentacion (que conlleva paradójicamente a un aumento del sobrepeso, aunque no se lo crea Esperanza Aguirre) , falta de recursos y disminucion de actividades deportivas, grandes dificultades para la conciliacion familiar con padres con horarios que hacen que no puedan cuidar de sus hijos y las consecuencias negativas de ello. Ansiedad, problemas psiquiatricos en los padres

18 Mar 2017, 01:23:26: El Stres en general afecta a la salud tanto mental como fisica. La falta de recursos el deterioro de una buena alimentacion la precariedad en el trabajo .Son la causa mas importante del deterioro de la Salud en todos sus campos y de la Somatizacion

18 Mar 2017, 02:52:43: La crisis ha aumentado mucho los problemas de salud mental .

18 Mar 2017, 07:42:06: Mis pacientes comen peor, el control de enfermedades como diabetes o sobrepeso es imposible Mucha ansiedad e insomnio

18 Mar 2017, 07:55:30: Empeoramiento de la salud porque tienen que vivir más personas con menos dinero.

18 Mar 2017, 08:17:50: Se ha incrementado mucho la crispación social hacia el médico y los servicios sanitarios cuando no consiguen bajas laborales o exigencias de pruebas médicas. Las faltas de respeto al médico y las amenazas verbales son prácticamente diarias.

18 Mar 2017, 08:40:36: Mayor frecuencia de FRCV.

18 Mar 2017, 08:48:33: La gente no quiere estar de baja por miedo al despido

18 Mar 2017, 08:49:54: muchos mas problemas de ansiedad, trastornos del sueño, problemas por estrés en general

18 Mar 2017, 08:52:46: AGRESIVIDAD ANTE LA FALTA DE COMPLACENCIA CON LAS DEMANDAS DEL "PACIENTE"/USUARIO

18 Mar 2017, 09:02:52: Menor seguimiento de enfermedades, citas primarias con más demora

18 Mar 2017, 09:19:50: Estrés y ansiedad

18 Mar 2017, 09:20:44: Rechazo de los pacientes ha estar de baja cuando lo necesitan. Mayor nº de altas voluntarias para no faltar al trabajo

18 Mar 2017, 09:34:38: Mayor probabilidad de quedar sin tratamiento enfermedades infecto-contagiosas, incumplimiento terapéutico.

18 Mar 2017, 09:39:32: Las personas mayores con rentas bajas comen peor, restringen gastos de calefacción, han disminuido las ayudas sociales

18 Mar 2017, 09:47:49: Problemas de salud mental.

Problemas de desnutrición y en general en los trastornos metabólicos relacionados con una peor alimentación.

18 Mar 2017, 09:50:13: más desorganización en el sistema

más cansancio en los profesionales

menos renovación de los ordenadores

18 Mar 2017, 09:57:06: Disminución de medios personales

18 Mar 2017, 10:02:21: Dificultad extrema o imposibilidad para obtener ciertos fármacos para pacientes oncológicos

18 Mar 2017, 10:20:45: Los mencionados anteriormente

18 Mar 2017, 10:24:40: aumento de patología psicosocial

18 Mar 2017, 10:41:11: Si, ansiedad, angustia, aumentó necesidades sociosanitarias

18 Mar 2017, 10:49:14: Menos personal y medios

18 Mar 2017, 11:01:37: Disminución de las pólizas privadas y una política mucho más restrictiva por parte de las aseguradoras

18 Mar 2017, 11:06:09: Falta de acceso a medicamentos y sanidad en algunos casos

18 Mar 2017, 11:23:12: Muchos más problemas mentales y descuido del autocuidado

18 Mar 2017, 11:24:11: Incumplimiento terapéutico, peor calidad de vida

18 Mar 2017, 11:31:35: Reducción de plantillas

18 Mar 2017, 11:32:25: la dispensación por atención pública de consumibles (tiras, glucometros); y en la privada limitación de ciertas pruebas (criterios demasiado restrictivos)

18 Mar 2017, 11:40:54: la retirada de nutriciones en algunas áreas, diferente en cada comunidad

18 Mar 2017, 11:46:06: disminución de recursos humanos dedicados directamente a la atención de pacientes

18 Mar 2017, 11:57:44: Los gerentes ejercen más coacción para que los fármacos más caros los recetes menos

Más presión para ques genéricos, cuando saben que pueden llevar hasta un 20% menos de principio activo

18 Mar 2017, 11:59:39: MENOS DOTACIÓN ECONOMICA PARA EL HOSPITAL, MENOS COMPRA DE APARATAJES NECESARIOS O MANTENIMIENTO, DIFICULTAD EN TRATAMIENTO O DIAGNOSTICO

18 Mar 2017, 12:23:36: Peor cumplimiento terapéutico

18 Mar 2017, 12:29:13: Restricción de pruebas, acceso a prótesis quirúrgicas y tratamientos quirúrgicos

18 Mar 2017, 12:43:33: He visto más pacientes abandonar tratamientos crónicos o tomar algunos no tan efectivos para tener dinero para necesidades básicas como la alimentación

18 Mar 2017, 12:51:19: Aumento de los problemas de salud mental que necesitan tratamiento farmacológico y/o psicológico. Tratamiento que no se pueden sufragar.

Empeoramiento de la alimentación porque los pacientes se ven obligados a comprar los productos más baratos del mercado.

Abandono de hábitos saludables como el ejercicio al no poder cubrir el coste de gimnasios, polideportivos.

Aislamiento social de las personas que pierden su trabajo.

Aumento de pacientes que dejan de acudir al médico para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología porque temen que si faltan al trabajo con regularidad o muestran que están enfermos se están señalando como personas a despedir

18 Mar 2017, 13:25:10: Calidad y resultados no valorados

18 Mar 2017, 13:39:46: Aumento de patología psiquiátrica

18 Mar 2017, 14:01:20: empeoramiento en la atención sanitaria

atención en urgencias con tiempos de espera disparados

falta de actualización de las instalaciones sanitarias

falta de personal de todo tipo

aumento de las agresiones al personal

empeoramiento en el tiempo para atender las patologías. Pej. alargamiento en el tiempo para operar una hernia si el paciente elige hacerse en el sistema público, meses o años incluso;

alargamiento en diagnosticar, intervenir y tratar patología tumoral

desempleo en el personal sanitario (yo hoy estoy desempleado)

18 Mar 2017, 14:05:54: La gente come igual de mal

18 Mar 2017, 14:31:55: Menos contrataciones en personal, menos inversión en infraestructuras, puestos de trabajo sanitarios mas precarios

18 Mar 2017, 14:53:33: Aumento en la demanda asistencial. Incremento en depresiones

18 Mar 2017, 15:11:35: Creo que los pacientes acuden más alterados, o preocupados, y eso no beneficia a su estado de salud.

18 Mar 2017, 15:32:20: disminución del nº de profesionales y masificación en las consultas

18 Mar 2017, 15:47:48: Falta de celeridad en el tratamiento de enfermedades importantes

18 Mar 2017, 16:31:41: Incremento de trastornos depresivos y de ansiedad

Gran dificultad de seguimiento de tratamientos en pacientes vulnerables socialmente

18 Mar 2017, 17:19:27: Pacientes mal diagnosticados y mal tratados

Los pacientes con recursos acuden a la privada buscando seguridad.

Aquellos que no pueden se conforman con lo que tienen y algunos no completan tratamientos por falta de recursos.

18 Mar 2017, 17:30:12: Los médicos trabajamos mas porque tenemos menos personal y eso empeora la salud general de cualquiera

18 Mar 2017, 17:57:02: Más casos de ansiedad y depresión debido a problemas laborales y económicos.

18 Mar 2017, 18:26:23: La mayor tasa de paro se ha traducido en mas episodios de ansiedad y depresión por el desempleo.

18 Mar 2017, 18:46:51: Incumplimiento de algunos tratamientos y peores hábitos higiénico dietéticos..

18 Mar 2017, 19:00:58: Menos contratos que conlleva más carga de trabajo y menor calidad de atención al paciente

18 Mar 2017, 19:17:30: abandonos de tratamientos

18 Mar 2017, 19:18:38: AUMENTO LISTAS DE ESPERA, NO RENOVACION EQUIPAMIENTOS, RESTRICCIÓN DE PERSONAL... TODO ELLO REPERCUTE EN LA CALIDAD Y TIEMPO DE ASISTENCIA, LO QUE DERIVA EN EFECTOS NEGATIVOS PARA LA SALUD.

ADEMÁS HAN AUMENTADO LOS PROBLEMAS PSÍQUICOS DERIVADOS DE SITUACIONES PERSONALES DIFÍCILES Y ELLO REPERCUTE DIRECTAMENTE EN SALUD.

18 Mar 2017, 20:03:17: Más estrés y más problemas derivados del mismo. Más gente sin trabajo y más gente pidiendo

tener reconocida una incapacidad laboral

18 Mar 2017, 20:12:12: Recortes en personal y camas de hospitalización

18 Mar 2017, 20:14:07: Menos presupuesto a la investigación, demora en las citas.

18 Mar 2017, 20:17:25: Enfermedades crónicas peor controladas

18 Mar 2017, 20:28:50: Masificación y listas de espera en diagnósticos y tratamientos

Disminución de camas hospitalarias, cierre de camas en vacaciones, la no suplencia de puestos de trabajo por jubilación o enfermedad o la falta de suplencias por vacaciones

18 Mar 2017, 20:29:20: Alimentación, modo de vida

18 Mar 2017, 21:04:54: Masificación

Precariedad

Disminución de recursos

18 Mar 2017, 21:26:14: Atención en domicilio al crónico. Problemas graves en población anciana no controlada en sus domicilios, esto incrementa costes más ingresos por falta de atención

18 Mar 2017, 21:43:07: Mayor nivel de estrés

18 Mar 2017, 21:57:22: VIH

18 Mar 2017, 22:19:30: Reducción de plantillas de profesionales y reducción de inversiones

18 Mar 2017, 23:07:39: No he notado ningún efecto

18 Mar 2017, 23:45:05: Más depresión, crisis de ansiedad, desesperanza por paro prolongado

19 Mar 2017, 03:57:12: Ausencia de cumplimiento de tratamiento por falta de medios económicos. No acudir a consulta por no tener dinero para el autobús... en insuficiencia renal crónica

19 Mar 2017, 07:25:55: FALTA DE VACUNAS, RETRASO EN PRUEBAS DIAGNOSTICAS, CIRUGIAS Y RETRASO EN CITAS A MEDICOS ESPECIALISTAS

19 Mar 2017, 08:18:10: Aumento de consultas por problemas de ánimo, falta de recursos económicos, abandono de sanidad privada pero exigencia de mantener lo perdido

19 Mar 2017, 08:55:38: Incremento de problemas de aparato locomotor (lumbalgias, omalgias, cervicalgias) y afectivos (ansiedad y depresión).

Temor al despido en situación de IT con demanda de altas precoces en problemas no solucionados.

19 Mar 2017, 09:32:52: Es frecuente ver personas muy desanimadas por su situación de desempleo y/o la situación global de su familia.

Esto deriva en que desde el punto de vista de la enfermedad se cuidan menos

19 Mar 2017, 09:54:19: Peor calidad de vida de los pacientes, dietas menos saludables, aumento frvc...

19 Mar 2017, 10:39:34: Aquellos derivados de un mayor nivel de pobreza.

19 Mar 2017, 10:59:26: Ha habido múltiples problemas de salud, incluidas enfermedades infecciosas, que no sólo han afectado a inmigrantes sino también a ciudadanos españoles.

19 Mar 2017, 11:10:20: retraso en las pruebas diagnósticas (listas de espera) aumento de la utilización de urgencias para avanzar en ellas y diagnosticar

19 Mar 2017, 11:14:52: Mayor precariedad laboral, por tanto menos personal sanitario para los mismos enfermos, por tanto menor calidad de atención.

19 Mar 2017, 11:17:43: Creo que los efectos a nivel sanitario comenzaron a partir de 2010 y empeoraron con el RD 2012 con la financiación de muchos menos medicamentos por la SS.

Los niveles de stress y problemas psiquiátricos tipo depresión, ansiedad y consultas derivadas de ello han aumentado claramente. Incluso síntomas en otros sistemas (cardiológicos, digestivos...) por culpa de dicha situación de ansiedad.

19 Mar 2017, 12:19:39: Al haber más acontecimientos vitales adversos (paro, menos recursos económicos, etc) hay cada vez menos tolerancia a la frustración, más sentimiento de rabia, más desbordamiento emocional y más trastornos adaptativos, conflictos familiares, descontrol de impulsos...

19 Mar 2017, 12:27:11: Mayor implicación de factores psicosociales en la incidencia de algunas enfermedades, empeoramiento de otras y retraso en la curación de otras. Despidos en situación de reincorporación laboral tras una baja en muchos casos causados por enfermedades laborales que merman la situación de las familias.

Bajas laborales no realizadas por miedo a los despidos en casos de enfermedades en las que son necesarias como fracturas!

19 Mar 2017, 12:35:16: Disminución de autocuidados

19 Mar 2017, 12:48:09: - Dificultades para el acompañamiento de pacientes en su domicilio.

- Dificultades para afrontar los gastos funerarios.

(Trabajo en Cuidados Paliativos)

19 Mar 2017, 12:52:14: pacientes que no acuden a ser evaluados por miedo a que los echen del trabajo como consecuencia de faltar o estar enfermos.

he sido testigo de amenazas a pacientes por ausentarse por enfermedad totalmente justificada.

19 Mar 2017, 13:40:48: el número de consultas de varones ha aumentado por el efecto del paro el número de suicidios ha aumentado y los problemas de salud mental

19 Mar 2017, 13:59:14: Ayuda a las personas que necesitan asistencia domiciliar

19 Mar 2017, 14:03:47: Peor atención sanitaria, pacientes que no pueden afrontar el precio de sus tratamientos por lo que los dejan y empeoran, trabajos precarios que hacen que los pacientes soporten cosas que no debieran soportar (se vulneran sus derechos -incluidos los de coger bajas, etc -)

19 Mar 2017, 14:06:30: Dependencia

19 Mar 2017, 14:12:53: disminución del poder adquisitivo

19 Mar 2017, 15:19:39: trastornos mentales

19 Mar 2017, 16:05:23: Han aumentado las demandas de patologías adaptativas de tipo depresivo y ansioso así como ingresos por problemas sociales

19 Mar 2017, 17:41:34: Menos profesionales

19 Mar 2017, 18:02:16: La falta de recursos económicos a la sanidad pública

19 Mar 2017, 18:06:46: Inclusión de criterios económicos incluso en el planteamiento del diagnóstico precoz y del tratamiento, incluso de patologías tumorales (Cáncer)

19 Mar 2017, 18:13:50: Los tratamientos contra el cáncer, uso de prótesis traumatológicas de peor calidad, medicamentos de peor calidad

19 Mar 2017, 18:22:12: -

19 Mar 2017, 18:26:59: -

19 Mar 2017, 18:46:13: Adherencia a tratamientos crónicos.

19 Mar 2017, 18:46:28: EN LA MAYORÍA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, ADemás DE LA MEDICACIÓN LOS ESTILO DE VIDA SALUDABLES RESULTAN MÁS CAROS Y LOS MÁS AFECTADOS NO LOS PUEDEN REALIZAR.

19 Mar 2017, 18:47:02: menos atención a la salud porque la gente tiene miedo de faltar a trabajo y ser despedidos

19 Mar 2017, 19:13:10: Aumento los casos relacionados con Salud Mental

19 Mar 2017, 20:20:45: Disminución de la toma de medicación por falta de dinero

19 Mar 2017, 20:48:55: Más casos de pacientes con trastornos de ansiedad, insomnios, dolor crónico, etc.

19 Mar 2017, 22:15:22: Mayor número de problemas de ansiedad y depresión

19 Mar 2017, 22:52:12: Mas enfermedad

19 Mar 2017, 22:59:18: - Pacientes sin la adecuada prestación sanitaria.

- Mayor incidencia y/o agravamiento de algunas patologías.
- Malestar en el sector de profesionales de la Sanidad.
- Disminución de la prevención en calidad y cantidad.

20 Mar 2017, 00:53:47: No pueden acudir al médico por miedo a que les echen
20 Mar 2017, 01:14:25: Si hay problemas sobre todo nutricionales, a la hora de comprar medicación
20 Mar 2017, 04:13:17: Los descritos y además: recortes en ayuda a dependencias, incremento de las desigualdades, recortes gravísimos en investigación científica
20 Mar 2017, 07:41:10: Más enfermedades de tipo depresivo
20 Mar 2017, 08:09:02: Depresiones. Crisis de ansiedad.
20 Mar 2017, 08:50:38: Más depresiones y crisis de ansiedad
20 Mar 2017, 09:04:38: Aumento de enfermedades del área psicológica, ansiedad, estrés, depresión, suicidios....
20 Mar 2017, 09:36:54: restricción de presupuesto hospitalario
20 Mar 2017, 10:56:55: Se han reducido recursos personales y materiales en el Sistema público intentando privatizarlo
20 Mar 2017, 11:26:01: - Ha disminuido la posibilidad de hacer una dieta equilibrada para muchas personas jubiladas con pensiones precarias y en personas empobrecidas, con trabajos precarios y en situación de exclusión social.
- ha disminuido la posibilidad de hacer ejercicio físico saludable en instalaciones municipales gratuitas
- la ansiedad o nerviosismo, insomnio, síntomas depresivos etc han aumentado en las personas que estaban con riesgo de perder su casa por embargos del banco o afectados por estafas como las preferentes etc.. y en personas paradas de larga duración
- he visto aumentar el miedo en general al futuro, con desesperanza sobre todo en las personas de 50 años en adelante que trabajaron toda la vida, que se quedaron ahora sin trabajo y que han visto que el esfuerzo de toda una vida no se va a ver recompensado justamente.
- en algunos pacientes, pocos, he notado mucha ira, rabia e indignación cuando veían que se retrasaban sus citas, o no se autorizaba un tratamiento determinado por ser muy caro mientras veían el despilfarro de los gobiernos en gastos que no les parecían prioritarios, o superfluos, o cuando políticos, familia real, etc han robado y eso piensan que ha repercutido en los sistemas públicos (no sólo sanidad)
- el incumplimiento de los plazos de la ley de dependencia ha provocado graves efectos sobre la salud de las personas cuidadoras de las personas con gran dependencia (casi todas mujeres) con aumento de ansiedad, depresión, insomnio, dolores musculares y cefaleas.
- el recorte en servicios sociales ha repercutido negativamente en los y las personas más excluidas
- los niños y niñas de la población más excluida por el tema alimentación, frío por no tener para calefacción etc han influido en su rendimiento escolar muy negativamente y sabemos que la educación influye en la salud y el autocuidado

20 Mar 2017, 11:30:39: externalización de servicios para hacerlos menos gravosos
20 Mar 2017, 11:56:42: Mas intentos autolíticos, menos acceso de inmigrantes a la sanidad, renuncia a determinados tratamientos, peores autocuidados,
20 Mar 2017, 12:11:19: Acuden menos al médico.
20 Mar 2017, 12:18:23: Síndrome ansioso-depresivo. Excesiva lista de espera quirúrgica.
20 Mar 2017, 12:20:24: Los pacientes tienen miedo a perder su puesto de trabajo y no quieren estar de baja aunque estén con molestias o dolor
20 Mar 2017, 12:43:02: Pacientes que precisaban de un tratamiento quirúrgico y que rechazaron por miedo a un despido
20 Mar 2017, 12:44:54: Más espera para la realización de pruebas diagnósticas
20 Mar 2017, 13:44:46: Pensiones mermadas, salarios mermados, alto desempleo= menor capacidad adquisitiva y con ello peor cumplimiento de los derechos
20 Mar 2017, 14:25:04: retrasos diagnósticos
20 Mar 2017, 16:16:39: Malos cumplimientos terapéuticos
20 Mar 2017, 16:22:57: Control de enfermedades crónicas y retraso en la resolución de patologías no urgentes.
20 Mar 2017, 16:29:40: En todas.
20 Mar 2017, 17:20:03: mayor número de pacientes con cuadros ansioso-depresivos
NO poder acudir al médico por no poder días de ir al trabajo por miedo a las consecuencias
20 Mar 2017, 17:32:39: Disminución de personal
20 Mar 2017, 17:41:44: Han aumentado los suicidios y depresiones considerablemente
20 Mar 2017, 19:10:23: Los recursos en el hospital se han reducido, disminuyendo la calidad en la atención al paciente. Los profesionales están muy mal pagados y poco reconocidos.
20 Mar 2017, 19:27:50: Muchos trastornos depresivos, dejadez en pacientes, deterioro de salud
20 Mar 2017, 19:28:01: En mi caso, en algunos casos no compran la inmunoterapia (vacunas alergia), porque esta financiada en un 60%?
20 Mar 2017, 19:49:33: mayor número de problemas psiquiátricos y/o psicológicos
20 Mar 2017, 20:13:05: abandono de seguros privados con la vuelta a usar al 100% servicios sanitarios públicos, menos presupuesto para pago de fármacos y sobre todo los fármacos no financiados
20 Mar 2017, 20:21:49: Mayor número de pacientes que acuden a trabajadores sociales para incluirse en grupos de ayudas
20 Mar 2017, 20:22:39: La precariedad laboral impide a los enfermos que trabajan acudir a las consultas o ingresar por miedo al despido
Muchos pensionistas están manteniendo a sus hijos y a sus nietos que han perdido el trabajo y la vivienda
20 Mar 2017, 20:22:46: Me consta que personas mayores abandonan medicaciones crónicas (antihipertensivos) por no pagar
20 Mar 2017, 20:31:45: los pacientes lloran más en la consulta por motivos sociolaborales.
20 Mar 2017, 20:40:21: Hepatitis C y B
20 Mar 2017, 21:15:42: Más estrés.
20 Mar 2017, 21:24:48: Mayor búsqueda de peticiones de incapacidad en pacientes que si pueden trabajar
20 Mar 2017, 21:40:49: Mayor clínica ansioso-depresiva reactiva a dificultades económicas.
20 Mar 2017, 21:52:25: Todos los derivados del cumplimiento de la Ley
20 Mar 2017, 22:11:29: Peor alimentación por falta de recursos, trabajo más horas y en peores condiciones, altas precoces, ancianos impedidos sin ayuda
20 Mar 2017, 22:43:38: Pérdida de universalidad, peor acceso a servicios; copagos,
20 Mar 2017, 22:52:36: Más estrés, más tabaco.
20 Mar 2017, 23:05:25: Aumento de síntomas de ansiedad, depresión e intentos autolíticos reactivos a problemas económicos y sociales derivados de la crisis económica
20 Mar 2017, 23:24:47: Peor alimentación de la población. Peor cumplimiento terapéutico
20 Mar 2017, 23:26:25: mas pobres, Peor salud
20 Mar 2017, 23:35:34: Retardo en las consultas con especialistas
21 Mar 2017, 00:56:47: Se ha reducido el personal significativamente, calidad de la contratación y aumentado el ratio de médico/paciente enfermera/ paciente que ha conllevado un incremento de "los despistes y errores" humanos por parte del personal sanitario.
La atención primaria y las urgencias están habitualmente saturadas y congestionadas...algo no se está gestionando adecuadamente

21 Mar 2017, 01:06:53: Enfermedad coronaria, accidentes [vehículos con más años y peor mantenimiento], mayor número de casos de intento autolítico...

21 Mar 2017, 08:12:39: en esa época estaba en un centro privado concertado, con dificultad a la hora de solicitar las recetas al centro de salud, los médicos de atención primaria ponen todas las dificultades para hacer recetas de los pacientes que tienen a su nombre y cobran por ellos.

21 Mar 2017, 08:49:06: He notado que los pacientes, por miedo a pérdida de su trabajo, no aceptaban bajas

21 Mar 2017, 08:51:09: Lentitud en financiación ciertos grupos terapéuticos(Hepatitis C...)

21 Mar 2017, 09:12:24: Empobrecimiento de la población con menor poder adquisitivo y peor acceso a ciertas medicaciones, otros productos relacionados con la salud,... Así como situaciones de ansiedad, depresión,... en relación con falta de trabajo e ingresos... situaciones familiares precarias etc

21 Mar 2017, 09:13:03: Mayor dificultad para que el paciente se costee su tratamiento

21 Mar 2017, 09:17:03: Algunos pacientes no pueden pagar sus tratamientos

21 Mar 2017, 09:23:05: MAYOR DIFICULTAD EN SEGUIR LA DIETA DE LOS DIABÉTICOS

21 Mar 2017, 09:39:35: A nivel psicosocial, incremento en los casos de ansiedad depresión

21 Mar 2017, 09:57:30: pérdida de poder adquisitivo. disminución del salario, la seguridad y el reconocimiento de trabajodelmedico

21 Mar 2017, 10:20:13: no financiación de vacunas, lista de espera mayor

21 Mar 2017, 10:48:16: Peor nutrición.

21 Mar 2017, 11:16:31: Aumentan enfermedades infecciosas, metabólicas (se come peor y mas sedentarismo), accidentabilidad (trabajadores cansados y sin material de seguridad).....

21 Mar 2017, 11:47:54: Mucho menor presupuesto

21 Mar 2017, 12:01:58: incumplimiento tratamientos

21 Mar 2017, 12:30:30: Los casos nuevos de fibromialgia han disminuido mucho

21 Mar 2017, 13:12:52: La introducción de valores mercantilistas en la gestión clínica en general. Por ejemplo: establecer como "objetivo institucional" una proporción de visitas sucesivas / primeras de pongamos 2 en oftalmología es una evidente desincentivación de la asistencia a los pacientes con patologías crónicas, graves y complejas y a los pacientes pluripatológicos en favor de las llamadas "consultas de alta resolución", eufemismo que contiene a menudo problemas banales inadecuadamente derivados al nivel asistencial hospitalario. Muchos pacientes leves dan más votos o más financiación que menos pacientes graves

21 Mar 2017, 13:41:17: Menos pruebas diagnosticas, espaciamento de las revisiones médicas. Limitación de solicitud de pruebas a los centros de atención primaria

21 Mar 2017, 13:47:52: Más problemas psicologicos en relación con estrés o depresión

21 Mar 2017, 14:00:26: depresión
ansiedad
dietas desequilibradas

21 Mar 2017, 14:09:20: Se diagnostican más cuadros de ansiedad derivados de problemas económicos y trabajo en gente joven, en ancianos la sobrecarga de ayudar a los hijos

21 Mar 2017, 14:35:14: Incremento de trastornos adaptativos, y de búsqueda por parte de algunas personas de subsidios por enfermedad al haber dificultad para encontrar un trabajo.

21 Mar 2017, 14:42:40: Stress laboral, angustia y ansiedad en los pacientes y su entorno. También en los profesionales. Situaciones de mala alimentación y peores condiciones generales.
Listas de espera y lo que ello produce de retraso en diagnósticos y tratamientos.
Ansiedad en la gente más joven por la precariedad laboral.

21 Mar 2017, 14:43:15: los pacientes postponen los tratamientos privados no imprescindibles demasiado, o no los realizan, siendo necesarios.

21 Mar 2017, 15:06:24: Más problemas psicológicos, derivados de problemática social.

21 Mar 2017, 15:45:41: Aumento de las patologías relacionadas con la ansiedad, trastornos adaptativos.

21 Mar 2017, 15:48:21: más estrés, ansiedad y depresión en los pacientes que acuden a nuestros centros y más somatización y mayor demanda y mayor presión asistencial. vienen más a menudo que antes y por cualquier cosa ridícula

21 Mar 2017, 17:02:19: Aumento de problemas de salud mental, depresión y ansiedad

21 Mar 2017, 18:11:09: Sobretudo en mi campo de la salud mental, más clínica depresiva y ansiosa, más ideas de suicidio, en relación todo ello a dificultades económicas, laborales...

21 Mar 2017, 18:23:16: Desinterés por la persona

21 Mar 2017, 18:29:26: no se cubren bajas ni vacaciones y por lo tanto la carga de trabajo es mayor. Intentamos que eso no repercuta en la calidad de la asistencia

21 Mar 2017, 19:27:35: Más patología crónica sin tratar y sin diagnosticar por no hacer las pruebas necesarias (RNM, etc)

21 Mar 2017, 19:42:19: - aumento de los casos de estrés y baja por estrés, así como problemas derivados del mismo (en embarazadas, por ejemplo, como parto prematuro, hemorragia en el embarazo, etc)

21 Mar 2017, 19:55:17: Depresión, aumento de demanda.

21 Mar 2017, 20:00:42: aumento principalmente de enfermedades mentales. el aumento de consumo de alcohol y psicofarmacos. aumento de situaciones de riesgo con embarazos no deseados, etc.

21 Mar 2017, 20:11:10: Más problemas de depresión y ansiedad, no sólo en adultos también en personas jóvenes y niños, que ven como todo el bienestar que podría tener se fue. Y sobre todo, que no hay futuro.

21 Mar 2017, 20:17:55: Abandono de tratamientos por no poder costarlos, pérdida de pacientes crónicos...

21 Mar 2017, 20:39:04: somatizaciones
trastornos en el campo de la salud mental

21 Mar 2017, 20:55:00: Los pacientes dejan de tomar medicación, no acuden a revisiones por la presión laboral o piden que se les retire la oxigenoterapia u otras terapias respiratorias por el consumo eléctrico que no pueden costear.

21 Mar 2017, 22:39:55: dificultad para mantener tratamientos. Disminución profesionales sanitarios, duplicidades en consulta, aumento de tiempos para primera atención y pruebas diagnósticas

21 Mar 2017, 23:14:04: Aumento de la salud mental

21 Mar 2017, 23:54:27: Mayor cantidad de cuadros de ansiedad y depresión

22 Mar 2017, 00:05:20: Las ansiedad y depresión se han multiplicado y con ello el abuso de sustancias tóxicas que impiden un buen control de enfermedades crónicas y de los factores de riesgo cardiovasculares

22 Mar 2017, 01:19:12: Recortes en personal

22 Mar 2017, 02:35:05: Aumento de stress laboral en personal sanitario.
Aumento de estrés y sus consecuencias clínicas en pacientes.
Desmotivación en personal sanitario.
Agresiones a personal sanitario.

22 Mar 2017, 08:14:17: empeoramiento de la asistencia

22 Mar 2017, 08:32:54: desconosco

22 Mar 2017, 09:17:27: La posibilidad de no diagnosticar tumores, según la prevalencia de los mismos, por no acudir los pacientes excluidos.

22 Mar 2017, 10:30:58: Abandono de ttos, aumento de trastornos psicosomáticos y aumento de la desconfianza del usuario hacia el sistema, la sanidad y el personal sanitario.

22 Mar 2017, 10:47:14: Mayor ansiedad, depresión, problemas familiares, laborales, despidos improcedentes, etc...

22 Mar 2017, 11:00:30: Menos ayudas en pacientes dependientes. Limitaciones burocráticas en las prestaciones (tarjeta sanitaria en desempleados)

22 Mar 2017, 11:09:29: En lo que respecta a mi especialidad, recurren menos a un profesional para tratar el sobrepeso o la obesidad

22 Mar 2017, 11:14:18: Mayor consumo de medicamentos relacionados con depresión y ansiedad, menor acceso a medicación por falta de recursos económicos

22 Mar 2017, 12:21:38: pacientes que tenían sanidad pública y privada han renunciado a esta última sobrecargando la pública.

Hay abandono de tratamientos por imposibilidad económica de atender al copaga en rentas muy bajas.

22 Mar 2017, 12:58:58: Saturación consultas

22 Mar 2017, 13:06:32: Más personas crónicas sin ir a ser atendidas por miedo a pedir más consultas o hacer seguimiento

22 Mar 2017, 14:19:52: menos prestaciones para todos

22 Mar 2017, 14:37:30: Pérdida de calidad de vida y empleo

22 Mar 2017, 15:43:14: Aumento de problemas de ansiedad y depresión.

Empeoramiento de la calidad de vida de pacientes, que les ha llevado a estar en riesgo de exclusión social, con todas las consecuencias, incluidas en salud, que esto conlleva: disminución de hábitos saludables, disminución del cumplimiento de los tratamientos; empeoramiento general de la salud física y mental en definitiva.

22 Mar 2017, 16:43:29: Abandono de tratamientos. Rechazo a incapacidad temporal por miedo a perder su puesto de trabajo.

22 Mar 2017, 17:51:51: Aumento de la tasa de intentos autolíticos graves, pacientes que acuden tarde al hospital porque evitan los ingresos, pacientes que dejan de tomar los medicamentos porque no pueden pagarlos

22 Mar 2017, 18:05:40: No estaba aquí antes del 2008.

22 Mar 2017, 18:05:45: Han disminuido los seguros privados

22 Mar 2017, 18:08:06: Menos IT justificadas. No realizar x cuestión económica tratamientos.

22 Mar 2017, 18:19:31: la gente acude mas a urgencias y un aumento de la patología psiquiátrica

22 Mar 2017, 18:26:50: Han disminuido las pólizas de las aseguradoras

22 Mar 2017, 19:25:47: mayor número de enfermos que acuden por problemas somáticos, tratamiento antidepressivo, largas jornadas, menos inmigrantes en consulta, etc

22 Mar 2017, 19:50:06: ME REDUJERON MI SUELDO ANUAL EN 1000 EUROS AL MES DESDE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD. TUVE QUE TRABAJAR GRATIS 14 HORAS UN DOMINGO AL MES PARA MI HOSPITAL O ME DESCONTABAN AUN MAS SUELDO, TUVE FLEBITIS EN LAS PIERNAS, JAQUECA, DIPSPESIA, ANSIEDAD. SUPRIMIERON LA ALEY DE DEPENDENCIA Y MI PADRE CON CANCER Y ALZHEIMER NO TUVO NINGUN TIPO DE AYUDA.

22 Mar 2017, 20:09:03: A aumentado la mortalidad de pacientes tumorales y crónicos

22 Mar 2017, 20:47:15: Han aumentado los problemas de salud, especialmente salud mental-ansiedad/depresión

22 Mar 2017, 20:58:48: DISMINUCIÓN DEL SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS NO SUBVENCIONADOS POR CARECER DE RECURSOS ECONOMICOS

22 Mar 2017, 21:07:12: los que no acceden a tratamientos caros se agravan igual el retraso en poner la quimioterapia en los que padecen una enfermedad tumoral

22 Mar 2017, 21:45:47: se cuida menos la salud

23 Mar 2017, 11:41:54: Pérdida de poder adquisitivo que se traduce en abandono de tratamientos y menos acceso a alimentación y actividades saludables, aumento de los síndromes ansioso-depresivos.

23 Mar 2017, 12:41:52: Problemas psicológicos debido a la situación económica en las familias

23 Mar 2017, 12:41:57: aumento de enfermedades relacionadas con stress y depresión

23 Mar 2017, 13:45:18: aumento de los trastornos por ansiedad, de la depresión y del suicidio

23 Mar 2017, 22:12:20: Falta de personal sanitario y de renovación de los equipos. Retrasos en diagnósticos en relación

23 Mar 2017, 23:42:28: Aumento del incumplimiento terapéutico

24 Mar 2017, 10:46:09: Problemas de malnutrición (obesidad y alimentación menos saludable con limitación de consumo de alimentos frescos)

24 Mar 2017, 11:36:20: Mala conservación de los hospitales.

24 Mar 2017, 12:36:28: Los pacientes han empeorado su estado de salud bucal, al realizarse menos tratamientos de los necesarios y se inclinan hacia los de menor costo.

24 Mar 2017, 17:13:44: Los médicos están saturados

24 Mar 2017, 20:30:23: Aumento de patologías relacionadas con la salud mental que empeoran en estado de salud de personas y familias.

24 Mar 2017, 21:04:52: RECORTES EN PERSONAL SANITARIO QUE HAN ACABADO SATURANDO EL SISTEMA

24 Mar 2017, 21:21:00: Algunos de mis pacientes tienen peor alimentación por falta de ingresos. Tampoco pueden comprar algunas medicaciones no incluidas en la seguridad social

25 Mar 2017, 18:43:55: Enfermos sin acceso al sistema por miedo, enfermos contagiosos sin tratar.

25 Mar 2017, 21:17:10: HAN DISMINUIDO LOS SEGUROS PRIVADOS Y VAN A LAS CONSULTAS PUBLICAS

25 Mar 2017, 21:34:08: Pacientes que no pueden costear tratamientos no financiados (p.e. lágrimas artificiales en el caso de mi especialidad)

25 Mar 2017, 21:34:35: se han restado horas de guardia al salario.

se ha restringido la compra de material.

no se han cubierto las plazas vacantes de jubilaciones

26 Mar 2017, 16:32:05: Incumplimiento del tratamiento pautado.

26 Mar 2017, 17:55:32: Menor acceso a tratamientos. He atendido personalmente casos de cetoacidosis diabéticas en pacientes que no pueden pagar la insulina, reinfartos en pacientes con cardiopatía isquémica reciente que no podían pagar los antiagregantes... etc

26 Mar 2017, 19:32:33: Aumento tasas de tuberculosis y enfermedades transmisión sexual.

Condiciones salubridad muy deficientes en numerosas viviendas.

26 Mar 2017, 21:48:44: Mayor ansiedad y depresión

26 Mar 2017, 22:50:40: Resurgimiento de algunas patologías que se veían anteriormente muy poco: sarna, escarlatina, chinches...

27 Mar 2017, 01:22:14: Sobrecarga del personal

27 Mar 2017, 07:50:53: Trastornos de ansiedad y depresión, dificultad para que las personas enfermas tengan bajas, cronificación de procesos.

27 Mar 2017, 11:56:50: Aumento despidos ansiedad depresión...

27 Mar 2017, 12:36:44: la información de los medios comunicación objetiva y directamente NO

28 Mar 2017, 00:05:48: Ya han sido mencionados previamente (menos personal sanitario, pacientes que no compran su medicación, etc...)

28 Mar 2017, 00:13:28: Pacientes que han abandonado los tratamientos

Aumento de la incidencia de alcoholismo

28 Mar 2017, 18:23:06: No poder permitirse según que tipo de fármacos. Los problemas de la salud mental que han

derivado de la crisis.

El sobreuso de los servicios médicos por gente que antes no iba por estar trabajando y que no son esencialmente necesario acudir al medico.

29 Mar 2017, 06:51:04: no sé explicarlo. Mas paro, mas problemas económicos, ...

30 Mar 2017, 12:05:13: Mayor exploracion del empleado

30 Mar 2017, 12:16:51: puede que mas crisis de ansiedad ante la falta de empleo

31 Mar 2017, 01:34:14: Reducción de plantillas que ha aumentado las listas de espera y la calidad de la atención al paciente, así como el colapso de camas para ingreso más frecuente que previamente, reducción de sueldos que ha llevado a desmotivación y descontento en el personal sanitario

31 Mar 2017, 14:23:09: MENOS IT

31 Mar 2017, 20:53:36: Material de trabajo de peor calidad (guantes, sabanillas, etc)

Ausencia de suplentes para médicos y necesidad de emigración para muchos de ellos, siendo necesarios en España--- empeora la salud de profesionales y pacientes.

2 Apr 2017, 21:15:04: Aumenta el número de personas que dejan de recibir un tratamiento hospitalario que requiera ingreso por motivos laborales (no quieren faltar al trabajo por miedo a perderlo)

3 Apr 2017, 10:38:54: solo tengo trabajo temporal como sustituto

3 Apr 2017, 12:09:18: Abandono de tratamientos

4 Apr 2017, 23:29:11: Importante aumento de los trastornos de ansiedad

10 Apr 2017, 18:32:39: Aumento de enfermedades relacinadss con estrés

17 Apr 2017, 09:57:11: Aquellas personas que no pueden pagar medicamentos, siempre se les ha podido solucionar por recursos sociales al menos en los casos que yo conozco

Efectos psicologicos y de enf psicomaticas sobre todo

17 Apr 2017, 20:19:28: Desde entonces los pacientes dependen más de la sanidad publica

19 Apr 2017, 10:22:25: mayores problemas de salud mental

19 Apr 2017, 10:35:11: Aumento de Accidentes Laborales por precariedad pero sin bajas laborales por miedo..

Aumento de patología psicológica igualmente por dificultades laborales.

25 Apr 2017, 12:49:16: Ansiedad.

Stress laboral

25 Apr 2017, 15:21:20: Se vacuna menos de enfermedades con vacunas fuera de calendario vacunal no financiadas.

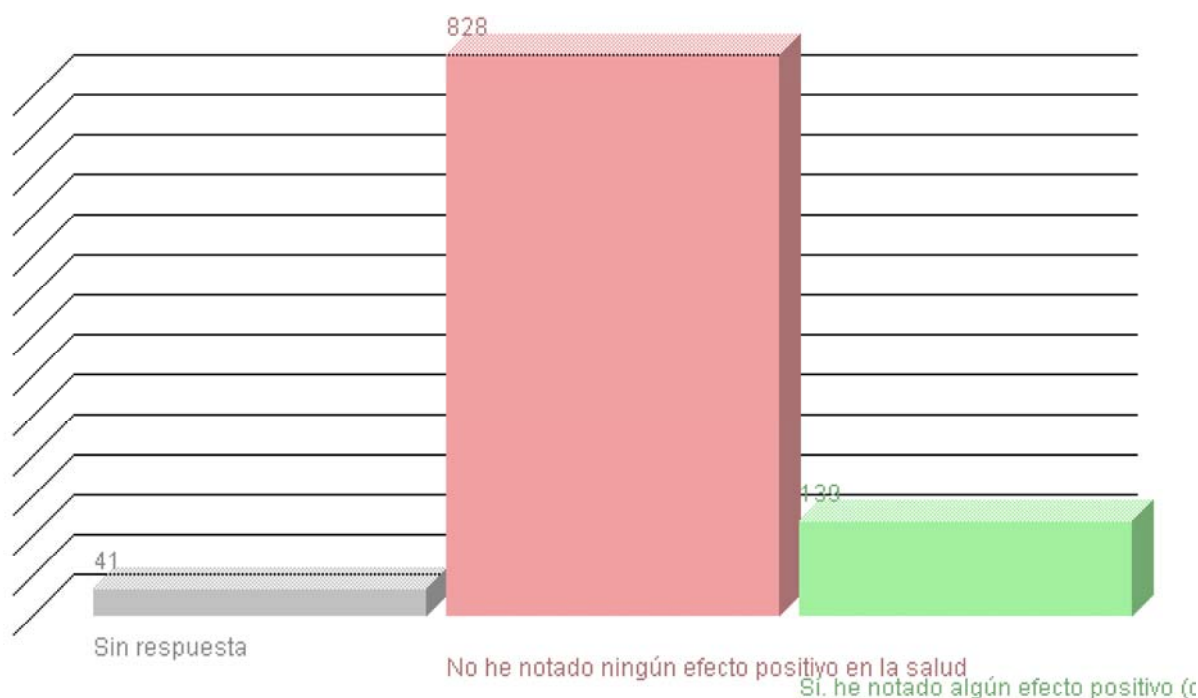
Casos de malnutrición.

29 Apr 2017, 15:20:29: recortes.

1 May 2017, 18:43:05: Empeoramiento generalizado, menos personal, menos tecnología, peor atención al paciente

19) ¿Ha notado algún efecto positivo derivado de la crisis en alguna enfermedad o problema de salud?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	41	4.1%	
No he notado ningún efecto positivo en la salud	828	82.1%	85.6%
Sí, he notado algún efecto positivo (describa brevemente cuáles)	139	13.8%	14.4%



Sí, he notado algún efecto positivo (describa brevemente cuáles)

	frec.	total
Sin respuesta	865	85.8%
Respuestas	143	14.2%



17 Mar 2017, 10:44:38: Menor absentismo

17 Mar 2017, 11:04:29: .

17 Mar 2017, 11:11:34: Cuando digo esto, estoy apelando a que no puede existir efecto positivo si se recortan los medios.

17 Mar 2017, 11:13:28: Se malgasta menos

17 Mar 2017, 11:16:09: menor demanda innecesaria de servicios

17 Mar 2017, 11:24:02: Cambios en calendario vacunal infantil en Madrid con criterios dudosos

17 Mar 2017, 11:25:35: Quizá en la empatía con pacientes que ven al médico menos como un oponente y más como otra víctima de la crisis

17 Mar 2017, 11:25:55: acceso a moderna medicación por exceso de burocracia

17 Mar 2017, 11:27:05: Ha disminuido la obesidad pero ha aumentado la malnutrición en ancianos

17 Mar 2017, 11:28:27: Menos bajas laborales

17 Mar 2017, 11:34:24: peor calidad de vida

17 Mar 2017, 11:43:45: menor número de bajas laborales de larga duración

17 Mar 2017, 11:43:45: Ha disminuido la petición de ILT por patología leve

17 Mar 2017, 11:52:15: la fibromialgia se ha reducido.

17 Mar 2017, 11:52:23: Menor consumo de fármacos inútiles

17 Mar 2017, 12:07:17: Si y bien importante como es la conciencia de la población de algunas enfermedades y de que su asistencia médica y tratamiento farmacológico se agrava sin un buen Sistema Público de Salud. Los gastos de ciertos fármacos y la escasez de vacunas son ejemplos claros.

17 Mar 2017, 12:07:49: Al trabajar en la sanidad privada, ha aumentado el número de pacientes en sanidad privada debido al empeoramiento progresivo sufrido por la sanidad pública (disminución de personal y aumento muy importante de listas de espera)

17 Mar 2017, 12:08:40: Menor absentismo laboral y menor incidencia de bajas por enfermedad.

17 Mar 2017, 12:11:31: se fuma menos

17 Mar 2017, 12:11:31: MENOR SIMULACION DE ENFERMEDADES EN ALGUNOS TRABAJOS

17 Mar 2017, 12:15:33: Se prioriza más y mejor

17 Mar 2017, 12:25:24: Se redujo notablemente la incapacidad temporal por contingencias comunes. Conforme la situación económica va mejorando, la IT por CC vuelve a su tendencia anterior, en la que se puede estimar que un 30% de los días de baja, no tienen correspondencia con una incapacidad real para poder desempeñar el trabajo.

17 Mar 2017, 12:26:49: No tengo datos

17 Mar 2017, 12:29:15: Mayor control de gasto farmacéutico aunque insuficiente y no coordinado.

17 Mar 2017, 12:30:08: Un menor consumo farmacéutico, un menor uso o abuso de la sanidad por personas más responsables.

17 Mar 2017, 12:38:43: Disminución de pacientes de baja laboral no justificada.

17 Mar 2017, 12:38:45: menos uso de las consultas

17 Mar 2017, 12:43:08: SE VE MENOS EPOC

17 Mar 2017, 12:51:39: Ha servido para poner los pies en el suelo a mucha gente

17 Mar 2017, 12:54:46: Por miedo a la pérdida de empleo, muchas bajas, a veces demasiado "permisivas" han dejado de existir

17 Mar 2017, 13:27:40: Ser más conscientes de que los recursos son escasos y hay que manejarlos con justicia

17 Mar 2017, 13:27:42: derivados de peor alimentación

17 Mar 2017, 13:34:30: Aumento en la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades neoplásicas.

17 Mar 2017, 13:37:46: HA DISMINUIDO EL ABSENTISMO LABORAL INJUSTIFICADO

17 Mar 2017, 13:51:06: Las personas asumen más medidas preventivas.

17 Mar 2017, 14:07:27: algunos pacientes han suprimido el consumo de fármacos innecesarios

17 Mar 2017, 14:12:36: valorar la gestión privada de hospitales con la idea de gestionar mejor los recursos. Aunque sigo pensando que debería ser un tema meramente público con más control

17 Mar 2017, 14:15:25: Algunos pacientes son más conscientes de que la sanidad es cara y que no se debe abusar de ella. Realmente son los menos.

17 Mar 2017, 14:17:19: Una concienciación lenta, pequeña pero progresiva de la aceptación en el uso racional del medicamento por parte del usuario, pese a todos los inconvenientes que conlleva la aplicación del Real Decreto.

17 Mar 2017, 14:31:16: Mis pacientes están menos obesos, fuman menos y consumen menos alcohol fuera de casa.

17 Mar 2017, 14:43:29: Se ha reducido los tiempos de baja laboral

17 Mar 2017, 14:46:52: Muchos se "recuperan antes" para volver a su trabajo.

17 Mar 2017, 14:50:34: CONCIENCIACION DE LA INSOSTENIBILIDAD DEL SNS

17 Mar 2017, 14:54:03: Se cuida mejor a los ancianos y se les interna menos en residencias porque hace falta su paga para vivir la familia.

17 Mar 2017, 15:03:41: Se ha adquirido más conciencia en gastos innecesarios

17 Mar 2017, 15:27:58: Menos amputados

17 Mar 2017, 15:38:00: No comprendo esta pregunta

17 Mar 2017, 15:55:29: falta de tratamientos crónicos

17 Mar 2017, 16:04:34: La gente ha despertado

17 Mar 2017, 16:10:20: Menos bajas

17 Mar 2017, 16:21:29: Menos aprovechamiento ilícito de bajas laborales.

17 Mar 2017, 16:22:03: Contención en tratamientos innecesarios

17 Mar 2017, 16:25:13: cumplir con el horario de trabajo

17 Mar 2017, 16:29:44: Concienciación social sobre el valor de la salud pública

17 Mar 2017, 17:03:17: Las personas que "fingían" o exageraban patologías para estar de baja laboral temen al despido y no "buscan" la baja

Como contrapunto muchos que SI la necesitan la rechazan por ese mismo miedo al despido

17 Mar 2017, 17:13:23: Se ha ganado conciencia sobre el coste de la sanidad.

17 Mar 2017, 17:19:52: el copago medicamentos

17 Mar 2017, 17:25:10: Las bajas inmotivadas o difícilmente motivadas se han rebajado considerablemente en número y en duración

17 Mar 2017, 17:57:30: mayor asunción de la salud como un bien a cuidar por uno mismo y disminución de la creencia en la medicina mágica

17 Mar 2017, 18:01:10: Menos bajas laborales

17 Mar 2017, 18:26:14: Varios pacientes han reducido su consumo de alcohol y tabaco

17 Mar 2017, 18:33:51: disminución de las bajas laborales por patología menos

17 Mar 2017, 18:38:07: menos solicitud de falsas bajas

17 Mar 2017, 19:11:43: disminución de bajas médicas no justificadas

17 Mar 2017, 19:17:47: El precio del tabaco se hace disuasorio.

17 Mar 2017, 19:23:36: Ahorro farmacéutico

17 Mar 2017, 19:48:08: Listas de espera mayor

17 Mar 2017, 19:54:02: Más conciencia en los pacientes de lo que cuestan las cosas (medicamentos, bajas)

17 Mar 2017, 19:57:47: Concienciación social de que debemos defender el sistema público de salud, la ciudadanía en su conjunto e independientemente de la ideología política se unió para evitar las privatizaciones y la especulación en sanidad.

17 Mar 2017, 20:06:02: Menos bajas laborales de difícil justificación

17 Mar 2017, 20:18:08: menor consumo de medicamentos superfluos.

17 Mar 2017, 20:19:55: Las personas con problemas leves de Salud, solicitan menos bajas laborales

17 Mar 2017, 20:32:01: NINGUNO

17 Mar 2017, 21:06:49: Menor frecuencia de rentistas

17 Mar 2017, 21:15:25: Menos cronificación rentista de patologías difusas como la fibromialgia.

17 Mar 2017, 21:44:32: Depresiones, adicciones, cánceres

17 Mar 2017, 22:44:42: Al existir más desempleo entre los hijos de los pacientes ancianos es más frecuente que puedan acompañar a sus familiares a consulta médica con lo cual se implican más en los cuidados

17 Mar 2017, 23:18:22: Menos bajas laborales

17 Mar 2017, 23:34:53: DISMINUCION TABACO

17 Mar 2017, 23:45:05: ..

17 Mar 2017, 23:47:25: más cuidado en el gasto

18 Mar 2017, 02:52:43: Se abusa menos de los procesos de incapacidad temporal y por lo contrario hay quienes rechazan dicho proceso cuando de verdad lo requieren.

18 Mar 2017, 07:42:06: La solidaridad entre familias y el apoyo de los abuelos q les ha dado valor. Algunos ancianos han abandonado la residencia para apoyar con su pensión a los hijos en paro q pasan a ser cuidadores

Hombres en paro q de pronto pueden implicarse en el cuidado de los hijos

18 Mar 2017, 07:55:30: La gente joven observadora ha tomado conciencia de que no todo puede ser gratis.

18 Mar 2017, 08:17:50: La gente consume menos medicamentos innecesarios desde que muchos de ellos los quitaron de financiación y su salud se lo agradecerá. Antes nos presionaban mucho los padres para recetar mucolíticos y antitusígenos a los niños que no tienen eficacia terapéutica pero sí mucha tradición. Desde que no entran por receta, la hostigación al médico en esto se ha reducido muchísimo.

18 Mar 2017, 08:48:33: Las bajas son más cortas

18 Mar 2017, 09:20:44: lo mismo. Bajas laborales cuando realmente son necesarias.

18 Mar 2017, 09:34:38: Uso más racional de los medios y del medicamento

18 Mar 2017, 09:58:38: Reducción de la estancia hospitalaria

18 Mar 2017, 10:24:40: aumento de patología psicosocial

18 Mar 2017, 11:32:25: racionalización de tratamientos y atención especializada

18 Mar 2017, 12:29:13: Racionalización en consumo farmacéutico

18 Mar 2017, 14:05:54: Menos fumadores por motivos económicos

18 Mar 2017, 16:56:49: las bajas laborales son más reales, los pacientes abusan menos

18 Mar 2017, 21:20:28: Parece que por primera vez se empieza a analizar el coste de los servicios sanitarios

18 Mar 2017, 22:19:30: Una leve mejoría y racionalización del gasto sanitario y aprovechamiento de los recursos

18 Mar 2017, 23:07:39: No he notado ningún efecto

19 Mar 2017, 03:57:12: Mayor uso racional de pruebas aunque a veces es por listas de esperas inviables

19 Mar 2017, 07:25:55: MAYOR CONTROL DEL GASTO FARMACÉUTICO

19 Mar 2017, 09:09:45: Mayor atención a la ebefermedades "raras"

19 Mar 2017, 10:59:26: El principal ha sido que tanto los profesionales como los ciudadanos hemos constatado que los políticos utilizan la salud como los medios, solo para sus fines.

19 Mar 2017, 11:14:52: La única cosa buena es que ha obligado al personal sanitario a tener un mínimo de conciencia de gestión y de optimización de los recursos. Disminuir el derroche

19 Mar 2017, 12:35:16: Menor HIGIENE

19 Mar 2017, 18:46:28: QUIZA LOS PACIENTES RENTISTAS ABUSAN MENOS DE LAS BAJAS LABORALES

20 Mar 2017, 09:04:38: Parecía que la gente fumaba un poco menos y que había menos accidentes de tráfico, porque el tabaco es caro y se usaba menos el coche respectivamente.

20 Mar 2017, 09:42:24: mejora en los diagnósticos y tratamientos

20 Mar 2017, 11:26:01: En las personas que se han asociado para luchar por sus derechos (ejemplo PAH, plataforma de afectados por la hipoteca, o en asociaciones de barrio han mejorado los síntomas antes descritos de ansiedad, depresión, insomnio etc

- Muchos de mis pacientes cuando había mareas blancas y salían a la calle me decían que les había venido muy bien.

20 Mar 2017, 12:43:02: Acortamiento de los plazos de recuperación tras los tratamientos

20 Mar 2017, 19:25:15: Menos derroche

20 Mar 2017, 19:28:01: Suelen fallar menos a las consultas (miedo a perder trabajo)

20 Mar 2017, 20:21:49: Menos abusos de fármacos

20 Mar 2017, 20:31:45: se solicitan menos bajas laborales por problemas de salud banales

20 Mar 2017, 21:24:48: Hay pacientes toxicodependientes que e han puesto en tratamiento al tener menos dinero

20 Mar 2017, 22:11:29: Menos bajas laborales

20 Mar 2017, 22:52:36: Los pacientes que desgraciadamente están en el paro disponen de más tiempo para acudir al médico, y se hacen las revisiones que tenían pendientes.

21 Mar 2017, 00:56:47: Se han incrementado la adquisición de seguros privados y los conciertos de "pública con privada"

para sacar adelante las listas de espera de la pública

21 Mar 2017, 08:49:06: han disminuido los periodos de bajas por miedo a perdida de su trabajo

21 Mar 2017, 09:13:03: Una crisis siempre afecta negativamente

21 Mar 2017, 09:23:05: MENOS ACUMULO DE MEDICACION EN LAS CASAS

21 Mar 2017, 13:26:53: Menor hábito tabáquico

21 Mar 2017, 13:27:05: con las mareas blancas por protesta contra la ley parece que la población se ha concienciado de que podía perder un tipo de asistencia sanitaria al que estaba acostumbrada y que percibía como un derecho

21 Mar 2017, 14:43:15: concienciación de la población del coste de la sanidad y sus beneficios

21 Mar 2017, 15:45:41: Han disminuidos las IT por procesos menores como infecciones respiratorias o lumbalgia

21 Mar 2017, 15:48:21: no ninguno positivo

21 Mar 2017, 18:29:26: hay muchas menos bajas laborales

21 Mar 2017, 19:12:28: Ha disminuido la IT

21 Mar 2017, 19:42:19: - aumento del número de embarazos en mujeres que se quedan en paro, aprovechando ese periodo de desempleo, deciden dedicarlo a la cría de sus hijos

21 Mar 2017, 20:49:27: Ha mejorado la eficiencia y ha bajado el derroche en la parte pública

22 Mar 2017, 02:35:05: Algunas personas valoran mejor la salud.

Algunas personas cuidan mejor los recursos sanitarios.

22 Mar 2017, 10:30:58: Ha restringido el abuso por parte de los usuarios de ciertos campos del SPS y de algunos medicamentos.

22 Mar 2017, 12:21:38: mayor control del gasto innecesario.

22 Mar 2017, 18:05:40: La gente lo toma (la salud) menos por sentado.

22 Mar 2017, 21:45:47: hay menos bajas laborales que no tenían razón de ser y muchas veces se conseguían con chantaje emocional

23 Mar 2017, 09:08:40: La toma de conciencia del coste de la salud, en este país no se enseña que coste tiene la salud en los colegios

23 Mar 2017, 10:50:55: La concienciación de que el dinero no es infinito

23 Mar 2017, 10:53:59: Administrar tratamientos optimizados y realizar pruebas diagnósticas optimizadas, no derroche de pruebas ni tratamientos

25 Mar 2017, 18:43:55: Baja el consumo de fármacos, baja la hiperfrecuentación.

25 Mar 2017, 18:56:04: La gente tiene mayor conciencia del gasto sanitario

28 Mar 2017, 18:23:06: Gente que puede hacerse un seguimiento de sus patologías por estar en paro y que antes por falta de tiempo o miedo a perder el trabajo no hacían.

29 Mar 2017, 11:58:42: Los pacientes son más respetuosos con los servicios que perciben como un regalo (sanidad...)

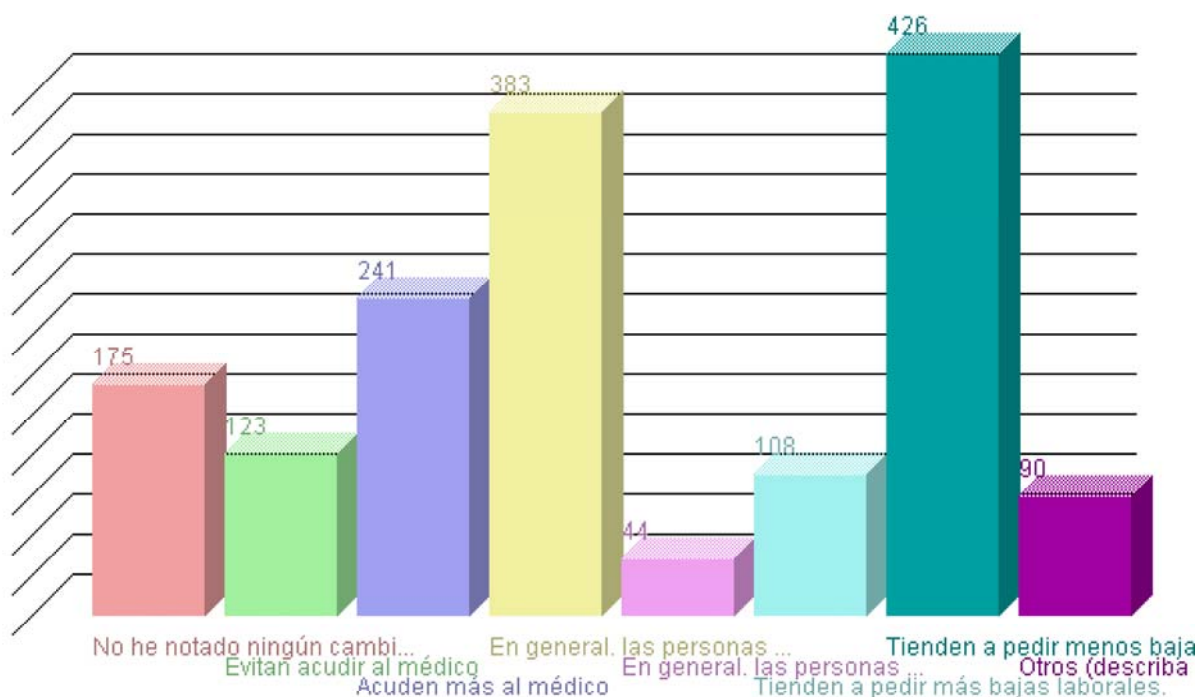
30 Mar 2017, 12:05:13: Menos bajas laborales

31 Mar 2017, 20:53:36: Quizá se valora más lo que tenemos, no acopio de tantos fármacos, menos bajas laborales

3 Apr 2017, 10:38:54: ahorro en las recetas

20) Con la crisis económica iniciada en el 2008, señale si ha notado alguno de los siguientes cambios en la actitud de los pacientes (marque todas las respuestas que considere necesarias).

		frec.	total	resp.
<input type="checkbox"/>	No he notado ningún cambio en la actitud de los pacientes desde la crisis económica	175	17.4%	11%
<input type="checkbox"/>	Evitan acudir al médico	123	12.2%	7.7%
<input type="checkbox"/>	Acuden más al médico	241	23.9%	15.2%
<input type="checkbox"/>	En general, las personas se cuidan menos (se alimentan peor, hacen menos ejercicio físico, etc.).	383	38%	24.1%
<input type="checkbox"/>	En general, las personas se cuidan más (comen mejor, hacen más ejercicio físico, etc.)	44	4.4%	2.8%
<input type="checkbox"/>	Tienden a pedir más bajas laborales.	108	10.7%	6.8%
<input type="checkbox"/>	Tienden a pedir menos bajas laborales.	426	42.3%	26.8%
<input type="checkbox"/>	Otros (describa brevemente cuáles)	90	8.9%	5.7%



Otros (describa brevemente cuáles)

	frec.	total
Sin respuesta	876	86.9%
Respuestas	132	13.1%



17 Mar 2017, 10:34:50: Aumento de las listas de espera de pacientes, atacan a los medicos cuando el problema de las listas y demoras no es de los medicos
 17 Mar 2017, 10:51:33: Se aprecia un cierto sentimiento de hostilidad hacia el sistema público,
 17 Mar 2017, 10:56:24: Bajas en seguros privados
 17 Mar 2017, 11:05:43: abandono tratamiento
 17 Mar 2017, 11:13:28: Actitud más demandante y agresiva de los pacientes
 17 Mar 2017, 11:16:09: mayor índice de protestas injustificadas y a veces irracionales o con trasfondo exclusivamente político
 17 Mar 2017, 11:23:49: Los eventuales o con malos contratos temen las bajas
 17 Mar 2017, 11:25:16: al haber algun padre en paro, no corría tanta prisa vuelve al cole porque tenían con quien dejarlo, y no consultan tanto ni tan rapido...
 17 Mar 2017, 11:25:35: Tienden a pedir más incapacidades y ayudas, lo que probablemente lleve a que se concedan menos a los que más las necesitan.
 17 Mar 2017, 11:28:29: Se quejan de los copagos y de las listas de espera
 17 Mar 2017, 11:45:55: Las descritas en el punto 18
 17 Mar 2017, 11:51:12: trabajo en el ayuntamiento no puedo responder a estas preguntas pero no hay una que diga ns/nc, si pongo no he notado ningun cambio no se si va a que no hay cambios no que no los vea por estar donde estoy
 17 Mar 2017, 12:05:18: Es mi experiencia en Reproducción Asistida- la gente no acude.
 17 Mar 2017, 12:05:27: Cualquier deficiencia la relacionan con la crisis
 17 Mar 2017, 12:05:47: Quizás culpan de los problemas derivados de la crisis a las decisiones políticas , que NO SIEMPRE aunque si a veces , son las culpables.
 17 Mar 2017, 12:07:17: Han aumentado hasta llegar al 30% las denuncias por agresiones a los profesionales sanitarios. Tanto por la alteración de los pacientes como por no ceder a sus exigencias.
 17 Mar 2017, 12:07:49: Mayor depresión, estrés laboral por empeoramiento condiciones
 17 Mar 2017, 12:07:55: mayor agresividad frente al sistema
 17 Mar 2017, 12:17:22: No ejercía antes de la crisis
 17 Mar 2017, 12:21:14: Hay de todo, pero hemos visto muchos mas trastornos psiquiátricos y psicológicos, acuden mas

a la consulta porque muchos no tenían trabajo, algunos dejaban de tomar medicamentos superfluos pero otros los seguían tomando, al cambiar la ley de bajas y cobrar menos y con miedo al despido con tanto paro la gente dejó de cogerse bajas médicas de contingencia común, con respecto a las bajas laborales dado que cobran el 100% no se ha visto tanto cambio.

17 Mar 2017, 12:25:24: Del 2012 al 2014 se comprobó una tendencia a pedir menos bajas laborales, pero ese comportamiento ya ha desaparecido.

17 Mar 2017, 12:44:34: Han dejado de tratar dolencias crónicas "que no duelen" como la Hipertensión, Dislipemias...

17 Mar 2017, 12:58:15: Hubo un momento en que disminuyeron las bajas, pero de unos meses a esta parte, la tendencia está cambiando

17 Mar 2017, 13:11:49: Mayores problemas para poder costearse medicaciones necesarias

17 Mar 2017, 13:17:10: Les preocupa el coste de los medicamentos y las situaciones laborales derivadas de las bajas o los ingresos

17 Mar 2017, 13:52:28: Llevo años sin ejercer y no puedo opinar

17 Mar 2017, 14:01:51: Sin opinión (laboratorio)

17 Mar 2017, 14:27:00: Actualmente menos

17 Mar 2017, 14:49:41: Los pacientes son más exigentes.

17 Mar 2017, 15:03:41: no se compran todos los tratamientos

17 Mar 2017, 15:07:06: Los pacientes esperan más y se sienten peor ayendufos

17 Mar 2017, 15:09:42: No toman ciertos tratamientos

17 Mar 2017, 15:27:58: Quieren pagar menos a sus seguros y a sus profesionales

17 Mar 2017, 15:38:00: La situación de paro y crisis es obvio que no puede afwectar positivamente a nadie .

17 Mar 2017, 15:40:03: Cierta grado de hostilidad hacia el personal sanitario

17 Mar 2017, 15:40:49: Los pacientes manifiestan generalizadamente sensación de cansancio y preocupación

17 Mar 2017, 15:55:29: los extranjeros indocumentados dejaron de asistir por miedo a ser represaliados

17 Mar 2017, 16:09:33: Han ido menos a la sanidad privada

17 Mar 2017, 16:16:31: a partir del 15 disminuyen las vistas.

Se alimentan peor.

17 Mar 2017, 16:20:49: No pueden permitirse a veces la compra de medicamentos no cubiertos por la seguridad social.

17 Mar 2017, 16:25:13: La salud es importante

17 Mar 2017, 16:30:54: Mayor demanda por ansiedad, depresión... e imposibilidad de algunos pacientes de acudir al médico por no pedir tiempo en el trabajo al tener miedo ante un despido

17 Mar 2017, 16:49:02: No umplen tratamientos

17 Mar 2017, 17:19:52: Imagino que pensiones de jubilados comparten con hijos desempleados

17 Mar 2017, 17:25:10: Nunca hasta que se inició la crisis mis pacientes habían expresado sus opiniones políticas en mi consulta. Hay mucha más ansiedad, rabia, crispación

17 Mar 2017, 17:35:49: Se borran de aseguradoras privadas por no poder pagar

17 Mar 2017, 17:41:56: Mayor descontento general, aumento del número de quejas.

17 Mar 2017, 17:52:02: Mal cumplimiento de reposos, mutuas y médicos laborales mal cumplimiento y cuidados de riesgos laborales ante falta de quejas por miedo a despidos.

17 Mar 2017, 19:26:19: Si que he echado de menos algún paciente inmigrante que no he vuelto a ver

17 Mar 2017, 19:41:21: Muchas personas tenían además del SNS, compañías privadas y con la crisis han tenido que dejarlas

17 Mar 2017, 19:46:32: Han dejado de utilizar seguros privados por dificultades para asumir su coste, y acuden más a la sanidad pública

17 Mar 2017, 20:15:14: May variable, dependiendo tal vez del nivel socioeconómico. Todas las anteriores son posibles aunque parezcan contradictorias.

17 Mar 2017, 20:19:55: Parece contradictorio. Menos bajas para no perder el trabajo. Cuando el riesgo de perderlo es muy grande, más bajas para intentar conseguir una pensión.

17 Mar 2017, 20:32:01: Tienen menos posibilidades de hacer tratamientos privados sin cobertura en la S Pública, terapias psicológicas, odontología, fisioterapia.

17 Mar 2017, 20:39:30: Su actitud se ha hecho mas exigente, ante la saturación y sobrecarga del personal. Se está generando una GRAVE crisis de confianza entre el usuario y el sanitario. El ciudadano es engañado y manipulado por los políticos y reclama lo que se le promete al medico.

17 Mar 2017, 20:50:54: Parados que me piden que les disminuya el número de pastillas

17 Mar 2017, 21:15:25: Han perdido esperanza de ser cuidados, ellos se cuidan mas a si mismos, pero a costa de mayor descomposición social y pérdida de confianza en el valor tutelar de las instituciones. Bueno para cierto anarquismo neoliberal, malo para una idea compartida de estado.

17 Mar 2017, 23:04:41: insisto en que solo ejerzo en la privada

17 Mar 2017, 23:46:55: Estrés, ansiedad, angustia por pobreza

17 Mar 2017, 23:47:25: menos gasto sanitario

18 Mar 2017, 00:57:51: Menos bajas en especial autónomos.

18 Mar 2017, 01:03:46: Existe más conciencia del coste de la salud

18 Mar 2017, 02:52:43: Buscan acudir a otros lugares como el medico de empresa para evitar demoras de atención o tratamientos. Intentan hacer pasar por laborales y accidentes de trabajo más procesos. Acudian más al INSS solicitando una incapacidad.

18 Mar 2017, 08:17:50: Acuden al médico con más crispación, exigencias y agresividad. Desde mi perspectiva, es llamativo en los últimos años.

18 Mar 2017, 09:39:32: He percibido conflictos familiares derivados del desempleo, la vuelta a casa de los padres de los hijos emancipados pero, a veces, con tanta frustración no aumenta la solidaridad.

18 Mar 2017, 09:50:13: más personas tuvieron que acudir a la sanidad pública porque dejaron de pagarles los seguros privados

18 Mar 2017, 10:24:40: la sanidad se considera como un objeto de consumo, no como un bien común

18 Mar 2017, 11:57:44: Acuden más a la pública y menos a la privada

18 Mar 2017, 14:01:20: las agresiones al personal han aumentado en Urgencias los pacientes reclaman a gritos mejor atención las enfermeras, por falta de personal, quedan exhaustas la gente culpa en primera instancia al personal que les atiende (en Urgencias, cuando el tiempo de espera sube por falta de personal)

18 Mar 2017, 18:26:23: La crisis comenzó en 2007.

18 Mar 2017, 20:03:17: Tienen a pedir que se les incapacite laboralmente por la dificultad para encontrar trabajo, y tener derecho a una paga.

18 Mar 2017, 20:28:50: Acuden a trabajar estando enfermos para no perder parte de su salario o miedo a perder su trabajo

18 Mar 2017, 20:48:03: retrasan cirugías para no pedir bajas laborales, no acude a citas de consulta o pruebas por no perder días de trabajo por miedo a que les echen.

18 Mar 2017, 23:07:39: No he notado ningún efecto

19 Mar 2017, 08:18:10: Actitud de espera a que vuelvan tiempos mejores y repetir el tipo de vida que se tenía antes

19 Mar 2017, 09:32:52: Aumento de frecuencia de ansiedad, depresión.

19 Mar 2017, 10:56:31: por miedo a perder trabajo

19 Mar 2017, 12:27:11: Más tristeza en general, labilidad laboral y situación precaria de familias completas sobre todo en el caso de la presencia de la discapacidad

19 Mar 2017, 15:49:08: El número de pólizas privadas se redujo, pero está incrementando de nuevo

19 Mar 2017, 18:13:50: Acuden a consulta a pedir más recetas

19 Mar 2017, 18:46:13: Aumento de problemas de salud mental.

19 Mar 2017, 22:59:18: -Se sienten más inseguros ante la posibilidad de necesitar prestaciones sanitarias.

-Incremento del nº de quejas.

20 Mar 2017, 00:53:47: No pueden comprar los medicamentos.

20 Mar 2017, 04:13:17: Presión para cambiar la clasificación de una contingencia común a contingencia profesional para evitar descuentos en las nominales. ...

20 Mar 2017, 10:56:55: La educación sanitaria, que debería ser básica para el Sistema Sanitario a brillado por su ausencia.

20 Mar 2017, 11:01:49: No tengo experiencia laboral previa a 2012, no puedo comparar.

20 Mar 2017, 20:22:46: No puedo contestar esta pregunta

20 Mar 2017, 20:31:45: muchos consideran una injusticia y llaman recortes a la racionalización del gasto, otros lo ven como una necesidad no demorable

20 Mar 2017, 20:42:16: La necesidad de ahorrar

20 Mar 2017, 22:11:29: Prescinden de tratamientos no imprescindibles o no financiados

20 Mar 2017, 23:05:25: Tratan de buscar soluciones a su situación socio-económica precaria en los servicios sanitarios, demanda que no se puede atender

21 Mar 2017, 00:56:47: Quejas continuas "con todo" con el médico que tienen delante así como aumento de las quejas por escrito, en detrimento de la "actuación médica" que es a lo que el médico se tiene que dedicar, y no que la mitad de la cta se nos va en aclarar las "quejas y el malhumor" de los pacientes que no comprenden porque las cosas no funcionan como antes

21 Mar 2017, 08:12:39: estaba en centro privado concertado de personas discapacitadas y no influía.

21 Mar 2017, 09:12:24: Mas quejas, actitud irritable etc

21 Mar 2017, 09:17:03: Son mas conscientes de que no se pueden desplifarrar recursos sanitarios.

21 Mar 2017, 09:57:30: evitan medicaciones caras

21 Mar 2017, 10:20:13: los pacientes son más escépticos con las indicaciones de las pruebas diagnósticas y están "quemados" por las largas esperas

21 Mar 2017, 12:18:02: Los pacientes se quejan de los recortes, cuando les dices pero si ha usted le han operado, le han dado quimioterapia, en otro país no le hubieran tratado reconocen que lo bien que ha funcionado todo con el.

21 Mar 2017, 12:30:30: Los médicos hemos continuado perdiendo imagen, aunque no sé si esto tiene que ver con la crisis

21 Mar 2017, 13:12:52: En una área sanitaria que contiene los municipios con la mayor renta per cápita de España se percibe una avalancha de "segundas opiniones" procedentes de la sanidad privada motivadas por razones económicas, a veces explícitamente por el paciente y otras con indicios de ello. Por ejemplo: paciente con patología macular al que proponen tratamiento con antiangiogénicos intravítreos en una clínica privada y que incluso en medio de un tratamiento iniciado y debido a la exigencia de copago por su aseguradora privada, acude a Urgencias del hospital público demandando que se le administre dicho tratamiento aconsejado por su oftalmólogo privado

21 Mar 2017, 13:27:05: evitan acudir al médico con enfermedades banales en mayor medida que antes

21 Mar 2017, 13:47:52: No evitan acudir al médico pero ponen más pegos con las citas si éstas implican perder horas de trabajo. Son más reacios a comprar tratamientos no financiados

21 Mar 2017, 14:00:26: demandan más atención en salud mental

21 Mar 2017, 14:42:40: Cierta estado depresivo y de abandono personal.

dificultades para hacer tratamientos o visitas médicas si interfieren con el trabajo.

Trabajar en malas condiciones de salud

21 Mar 2017, 14:43:15: recurren mas a la sanidad publica y menos a la privada

21 Mar 2017, 15:06:24: Aumento de patología psiquiátrica

21 Mar 2017, 15:48:21: acuden más agresivos y más demandantes y han perdido por completo el respeto al médico

21 Mar 2017, 18:11:09: Más demandantes, más querulantes, pidiendo prolongaciones de bajas laborales o solicitando incapacidades laborales.

21 Mar 2017, 20:11:10: La búsqueda de la supervivencia ha hecho que la gente se cuide peor, que trabaje en jornadas largas sin descansos. Se está recurriendo más a internet para el tratamiento de problemas de salud, no confía en un médico que sabe que no puede gastar, porque para eso tiene sus protocolos.

21 Mar 2017, 22:39:55: abandono de ttos, aumento depresión,

22 Mar 2017, 00:00:59: Más asistencia a la sanidad pública por pérdida de la sanidad privada

22 Mar 2017, 02:35:05: Infravaloración hacia personal sanitario.

Agresividad hacia personal sanitario.

22 Mar 2017, 12:21:38: se preocupan más del precio de la medicación.

22 Mar 2017, 18:05:40: No estaba

22 Mar 2017, 21:07:12: el hambre y la angustia provocan mas enfermedades y problemas de angustia y psicologicos

22 Mar 2017, 22:10:56: No residía en el país

23 Mar 2017, 12:41:52: Depresiones, ansiedad, separaciones...

23 Mar 2017, 13:45:18: ha disminuido la frecuencia de consultas que solicitan mis pacientes y ha disminuido el número de pacientes que atiendo. Mis ingresos han disminuido casi a la mitad

23 Mar 2017, 22:15:04: Se han hecho menos tratamientos dentales

24 Mar 2017, 18:54:01: el ritmo de vida actual (con crisis o sin crisis) conlleva una baja calidad de vida personal que repercute en peor alimentación, sedentarismo, ansiedad-depresión, relaciones sociofamiliares deterioradas y frustración por no poder hacerse cargo de su salud como quisieran.

24 Mar 2017, 20:30:23: Menos bajas laborales aunque de más duración de lo habitual

24 Mar 2017, 21:04:52: ENFADO Y CRISPACION

24 Mar 2017, 21:47:44: acuden mas al medico

25 Mar 2017, 18:43:55: Te informan de su imposibilidad para comprar algunos fármacos, y se niegan a recibir baja laboral precisándolas.

25 Mar 2017, 18:56:04: No trabajaba entonces como médico

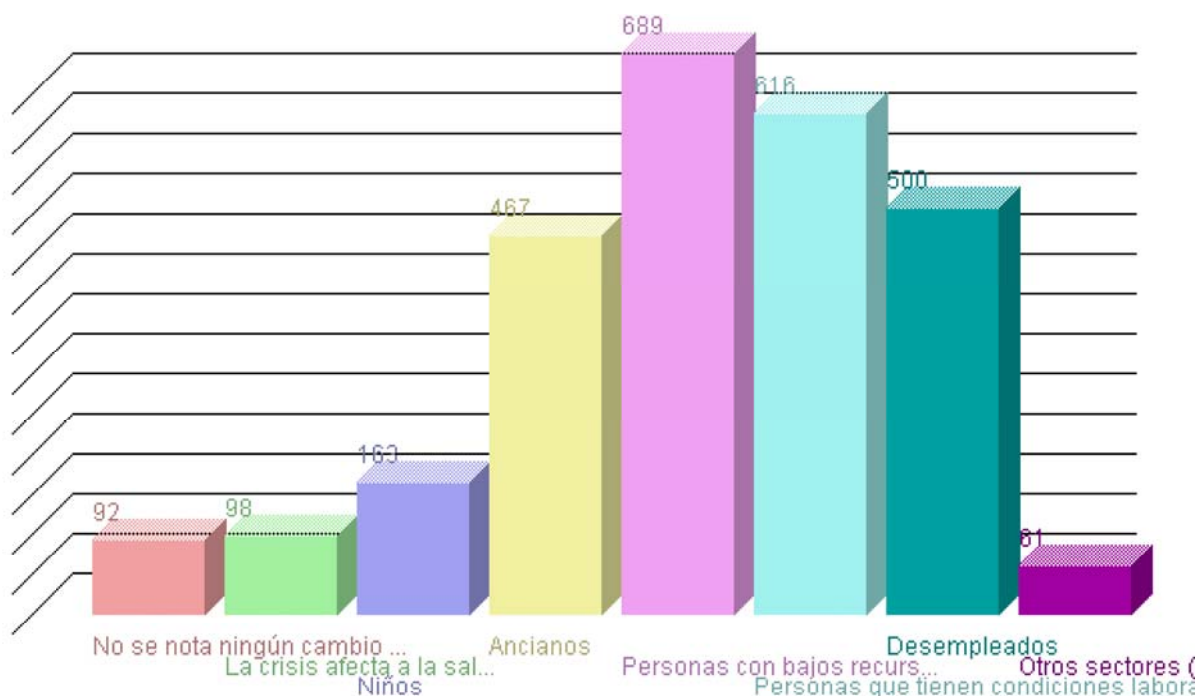
25 Mar 2017, 19:37:30: Entre los trabajadores del Sector público no he notado ningún signo o tendencia a la reducción de solicitud de bajas. En el Sector privado, supongo que sí se pedirán menos bajas, pero no tengo datos.

28 Mar 2017, 00:05:48: Parece que han aumentado las quejas por las listas de espera (consulta, pruebas médicas, cirugías...), lo que no está incluido en la cartera de servicios de la seguridad social, lo que se tiene que costear, los tiempos que le dedicamos al paciente en la consulta y que en este tiempo estemos mirando la mayor parte del tiempo a la pantalla del ordenador (ya no hay enfermeras ni auxiliares de enfermería en la mayoría de las consultas por lo que toda actividad administrativa y de casi cualquier tipo que se realiza o deriva de la consulta debe ser hecho por el médico como por ejemplo hasta citar).

31 Mar 2017, 01:34:14: Están más descontentos por la lista de espera y la disminución de la calidad en la atención.
 31 Mar 2017, 20:53:36: los que tienen trabajo van menos al médico por miedo a perderlo y los que no tienen trabajo van más con problemas psicosociales.
 17 Apr 2017, 09:57:11: La crisis ha afectado a las personas en el aspecto psicológico puede que esto haya aumentado la patología psicosomática y aumento de consultas , pero no tengo datos fiables
 19 Apr 2017, 10:22:25: se sienten peor
 19 Apr 2017, 10:35:11: Se producían menos bajas laborales, con mejora de las condiciones vuelven a aumentar.

21) Señale por favor los grupos de población cuya salud se ha visto, en su opinión, más afectada negativamente por la crisis económica (marque todas las respuestas que considere necesarias).

	frec.	total	resp.
No se nota ningún cambio en la salud con la crisis	92	9.1%	3.4%
La crisis afecta a la salud de todos de una manera parecida	98	9.7%	3.6%
Niños	163	16.2%	6.1%
Ancianos	467	46.3%	17.4%
Personas con bajos recursos	689	68.4%	25.7%
Personas que tienen condiciones laborales precarias	616	61.1%	22.9%
Desempleados	500	49.6%	18.6%
Otros sectores (señale cuáles)	61	6.1%	2.3%



Otros sectores (señale cuáles)

	frec.	total
Sin respuesta	905	89.8%
Respuestas	103	10.2%

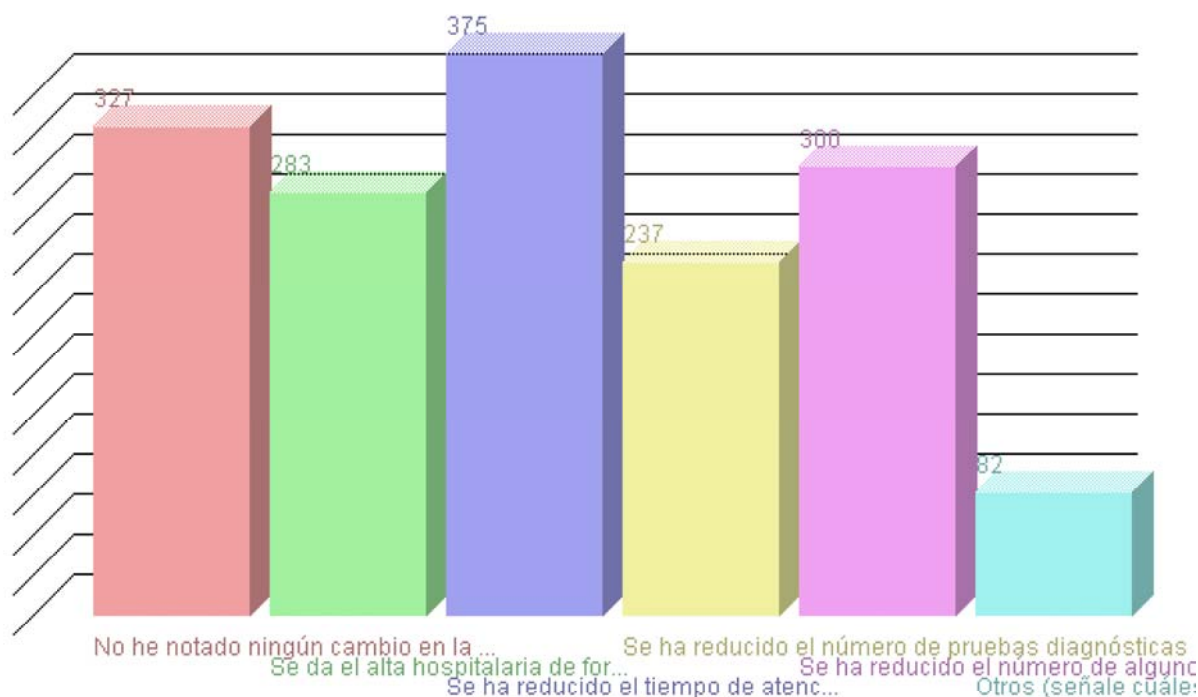


17 Mar 2017, 10:41:32: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 10:51:33: extranjeros en situación irregular
 17 Mar 2017, 11:05:37: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 11:14:05: Personas extranjeras que se encuentran de forma irregular en España, indocumentados, sin recursos, sin trabajo, sin domicilio...
 17 Mar 2017, 11:16:09: personas de baja o nula cualificación profesional
 17 Mar 2017, 11:18:24: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 11:21:55: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 12:07:49: Españoles que han tenido que emigrar y han perdido tarjeta sanitaria
 17 Mar 2017, 12:07:55: enfermedades raras
 17 Mar 2017, 12:11:31: JOVENES
 17 Mar 2017, 12:17:22: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 12:21:14: creo que la cobertura por desempleo debe ser mayor
 17 Mar 2017, 12:24:58: Los que no nombra Enfermos con necesidades de Cuidados Paliativos
 17 Mar 2017, 12:25:24: Personas de otros países de bajo nivel de renta, que viven actualmente en España.
 17 Mar 2017, 12:30:23: Ancianos que con su pensión tienen que mantener a sus hijos y nietos por la precaria situación laboral de ellos.
 17 Mar 2017, 12:44:34: Inmigrantes sin papeles
 17 Mar 2017, 12:49:25: En mi ámbito, urgencias la afluencia continua aumentando
 17 Mar 2017, 12:54:30: los ancianos por sobrecargar familiares, como soporte familiar de sus familiares en paro o empeoramiento de recursos o, al ver reducidos los suyos por lo anterior o por las reducciones de las pensiones
 17 Mar 2017, 13:03:27: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 13:09:36: Personas con trastorno mental grave.
 17 Mar 2017, 13:11:28: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 13:35:57: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 13:48:42: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 13:52:28: TODOS
 17 Mar 2017, 14:01:51: Si opinión
 17 Mar 2017, 14:24:34: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 14:32:40: Hay además muy pocos pediatras, muchos centros de at. primaria estás saturados en esta especialidad.
 17 Mar 2017, 14:54:03: INMIGRANTES E ILEGALES SIN PAPELES
 17 Mar 2017, 15:01:16: Inmigrantes sin papeles q no es una población desdeñable
 17 Mar 2017, 15:38:00: Logico no va a afectar a las personas con los mismos recursos de siempre
 17 Mar 2017, 15:38:47: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 15:43:52: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 15:45:25: Sanitarios
 17 Mar 2017, 15:53:49: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 15:55:29: inmigrantes
 17 Mar 2017, 16:05:20: Extranjeros sin documentación
 17 Mar 2017, 16:06:49: Discapacitados
 17 Mar 2017, 16:25:13: Poco respeto a los ancianos
 17 Mar 2017, 16:27:25: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 17:35:49: Inmigrantes sin tarjeta sanitaria
 17 Mar 2017, 18:01:10: Personas autónomas
 17 Mar 2017, 18:18:30: extranjeros sin tarjeta sanitaria
 17 Mar 2017, 19:26:19: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 19:39:35: Inmigrantes
 17 Mar 2017, 20:05:51: inmigrantes
 17 Mar 2017, 20:15:14: En niveles SE bajos, y trabajos precarios, son más reacios a bajas, otros solicitan justificante por la mínima, lo que aumenta la burocracia en consulta
 17 Mar 2017, 20:34:08: jubilados que mantienen económicamente a sus hijos, nietos, etc
 17 Mar 2017, 20:39:30: extranjeros (rumanos en mi medio)
 17 Mar 2017, 21:06:49: Clase media
 17 Mar 2017, 21:50:08: Extranjeros sin papeles
 17 Mar 2017, 22:15:20: Los trabajadores que no disponen de tiempo para acudir al médico
 17 Mar 2017, 22:27:45: Pacientes sin permiso de residencia o nacionalidad española
 17 Mar 2017, 22:38:01: inmigrantes
 17 Mar 2017, 23:04:41: pacientes que acuden a la consulta para fines medicolegales: informes periciales. que es mi ocupación actual prioritaria.
 17 Mar 2017, 23:14:30: inmigración, sin papeles y turismo sanitario
 18 Mar 2017, 00:12:03: LA SALUD LABORAL NO SE APLICA CON LA MISMA CALIDAD ES DECIR LA PREVENCION ADEMÁS LA SALUD ALIMENTARIA SE PREVIENE MAL PORQUE LA VIGILANCIA EN LA ALIMENTACION COLECTIVA ES MUY POBRE
 18 Mar 2017, 00:53:56: Inmigrantes sin cobertura sanitaria
 18 Mar 2017, 09:20:44: inmigrantes, sin papeles...

18 Mar 2017, 09:39:32: inmigrantes sin documentos en regla
 18 Mar 2017, 09:58:38: Los emigrantes, sin papeles
 18 Mar 2017, 11:01:37: Clase media
 18 Mar 2017, 11:32:25: autonomos. tienen menos privilegios
 18 Mar 2017, 11:57:44: Emigrantes
 18 Mar 2017, 12:43:33: Inmigrantes
 18 Mar 2017, 14:01:20: 33% de pobreza infantil según informes
 >500000 deshaucios
 <23000 millones coste económico crisis financiera
 paro/desempleo del personal sanitario en aumento
 por este orden ha afectado a clase económica menor y luego "media"
 inmigrantes
 desempleados, incluyendo a los sanitarios
 18 Mar 2017, 14:05:54: Afecta por igual a todos en general,
 18 Mar 2017, 17:57:02: Población inmigrante.
 18 Mar 2017, 19:18:38: EN GENERAL LA SALUD EMPEORA EN ENTORNOS DE BAJO PODER ADQUISITIVO (TAMBIEN ESTO INCLUYE A ANCIANOS Y NIÑOS SI ESTÁN EN ESA SITUACION)
 18 Mar 2017, 19:50:07: inmigrantes
 18 Mar 2017, 23:07:39: No se nota ningún cambio
 19 Mar 2017, 07:25:55: PENSIONES BAJAS NO PUEDEN GASTAR A VECES SUS INGRESOS PARA PAGAR LA MEDICACION QUE PRECISAN O PARA HACERSE PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN LA SANIDAD PRIVADA PORQUE EN LA PUBLICA TARDAN MUCHO TIEMPO
 19 Mar 2017, 08:18:10: Trabajo con adultos, pero supongo, por lo que comentan T sociales, que también pasará con los niños
 19 Mar 2017, 09:32:52: Inmigrantes
 19 Mar 2017, 10:59:26: Inmigrantes, becarios y personas en tránsito por nuestro país.
 También ha tenido repercusión en la cooperación sanitaria tanto hacia afuera como hacia dentro .
 19 Mar 2017, 11:17:43: Creo que afecta a todos pero en especial a los más desfavorecidos por recursos economicos y a las poblaciones de edades más extremas y este efecto es muy distinto en cada grupo de esta poblacion
 19 Mar 2017, 12:27:11: Personas en general mayores de 45 años con mayor dificultad en retornar tras un despido a la actividad laboral
 19 Mar 2017, 12:48:09: - Inmigrantes sin papeles.
 19 Mar 2017, 22:59:18: Pacientes con necesidades especiales
 20 Mar 2017, 10:56:55: Los emigrantes
 20 Mar 2017, 11:26:01: Población migrante
 20 Mar 2017, 11:30:39: inmigrantes
 20 Mar 2017, 16:29:40: MÉDICOS.
 20 Mar 2017, 19:27:50: El estado bucodental de los niños es penoso
 20 Mar 2017, 19:49:33: jóvenes
 20 Mar 2017, 20:22:39: Inmigrantes "sin papeles"
 20 Mar 2017, 21:52:25: Enfermos que no pueden acceder a los medicamentos por su elevado coste, aunque pertenezcan a la clase media ya que se ha visto muy afectada por esta crisis
 21 Mar 2017, 09:17:03: Inmigrantes
 21 Mar 2017, 17:02:19: Migrantes
 21 Mar 2017, 20:00:42: Inmigrantes
 21 Mar 2017, 20:11:10: los médicos, en precario en formación y en trabajo.
 22 Mar 2017, 00:05:20: Personas de entre 50-65 años con carga familiar de niños y ancianos
 22 Mar 2017, 13:06:32: Irregulares
 22 Mar 2017, 15:43:14: Inmigrantes "sin papeles"
 22 Mar 2017, 21:07:12: emigrantes,
 23 Mar 2017, 10:53:59: Ancianos soportan muchas familias
 24 Mar 2017, 18:54:01: nivel socioeconomico medio trabajadores en edad media de la vida
 27 Mar 2017, 01:22:14: Inmigrantes irregulares
 27 Mar 2017, 07:50:53: trabajadores de servicios publicos como la sanidad y la educacion
 28 Mar 2017, 00:05:48: Mujeres
 3 Apr 2017, 12:09:18: Inmigrantes
 17 Apr 2017, 09:57:11: Sobre todo en el plano psicologico, se ha magnificado la desnutricion n la infancia porque hay recursos sociales para evitar la malnutricion infantil Probablemente en los ancianos y desempleados la nutrición se habra visto mas afectada
 1 May 2017, 18:43:05: Los laborales activos y los que tienen recursos tienen pólizas privadas
 9 Jun 2017, 20:38:11: extranjeros sin papeles, que tienen más dificultades de acceso al sistema sanitario

22) En cuanto a la calidad de la atención al paciente, señale si ha notado alguno de estos cambios desde el inicio de la crisis económica en el 2008 (marque todas las respuestas que considere correctas):

		frec.	total	resp.
<input type="checkbox"/>	No he notado ningún cambio en la calidad de la atención al paciente.	327	32.4%	20.4%
<input type="checkbox"/>	Se da el alta hospitalaria de forma más temprana.	283	28.1%	17.6%
<input type="checkbox"/>	Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente.	375	37.2%	23.4%
<input type="checkbox"/>	Se ha reducido el número de pruebas diagnósticas desde la crisis del 2008.	237	23.5%	14.8%
<input type="checkbox"/>	Se ha reducido el número de algunos tratamientos desde la crisis del 2008.	300	29.8%	18.7%
<input type="checkbox"/>	Otros (señale cuáles)	82	8.1%	5.1%



Otros (señale cuáles)

	frec.	total
Sin respuesta	891	88.4%
Respuestas	117	11.6%



17 Mar 2017, 10:43:12: Mayor espera para pruebas y tratamiento
 17 Mar 2017, 10:57:02: ha aumentado la peor atención con mayor numero de tiempo de atención, menor numero de medicos, ...
 17 Mar 2017, 11:14:05: No soy capaz de distinguir entre crisis económica y RDL de sostenibilidad, uno es consecuencia e la otra
 17 Mar 2017, 11:17:57: En atención primaria se ha incrementado el número de pacientes por consulta al no cubrir los médicos y enfermeras que están de baja o vacaciones,por lo que la atención es peor
 17 Mar 2017, 11:21:12: Incremento de listas de espera
 17 Mar 2017, 11:28:27: Menos personal en sanidad pública, más listas de espera., más tiempo en el retraso de pruebas diagnósticas.
 17 Mar 2017, 11:42:44: Menos personal para el mismo o más trabajo
 17 Mar 2017, 11:43:07: se hace poco o ningun caso al paciente
 17 Mar 2017, 11:50:09: Ha aumentado el tiempo de espera para una prueba diagnóstica o cirugía
 17 Mar 2017, 11:53:13: Mas esperas. Peor planificación y prevision.
 17 Mar 2017, 11:57:18: No se suplen las ausencias ni las reducciones de jornada y tenemos que asumir gratis un trabajo extra.
 17 Mar 2017, 11:58:36: Desfinanciación de tratamientos,copago ...
 17 Mar 2017, 12:01:06: Ha empeorado la calidad de atención de forma general
 17 Mar 2017, 12:10:26: dificultades con la Inspección Sanitaria
 dificultades para derivar a especialistas
 espacios de tiempo muy largos para una primera cita con Salud Mental y otros especialistas
 17 Mar 2017, 12:17:22: Han aumentado las listas de espera.
 Hay menos personal por paciente
 17 Mar 2017, 12:21:14: se han hecho menos suplencias y sustituciones. se compra material peor, en menos cantidad, hay fallos y faltas de material y de fármacos.
 17 Mar 2017, 12:26:49: Mal estar del personal sanitario
 17 Mar 2017, 12:32:35: La demora para pruebas diagnósticas y las listas de espera quirúrgicas se han disparado

17 Mar 2017, 12:53:07: Cirugías y pruebas complementarias derivadas a la privada. Muchas pruebas hay que repetirlas en la pública y tratar las complicaciones de la privada

17 Mar 2017, 12:54:18: aumento de las listas de espera médica y quirúrgica
sobrecarga de trabajo a facultativos

17 Mar 2017, 12:54:30: precariedad de contratación en medicina: más contratos eventuales, reducción de dinero dedicado en los equipos de los centros de salud a cubrir ausencias, por lo tanto más saturación y empeoramiento de calidad en la atención

17 Mar 2017, 13:09:36: No hay espacios para espacios de psicoterapia.

17 Mar 2017, 13:13:04: Se ha reducido el número de sanitarios con peor atención lógicamente a los pacientes por mayor carga de trabajo

17 Mar 2017, 13:22:01: Se han incrementado las listas de espera de pruebas y cirugía

17 Mar 2017, 13:32:56: Se trata peor a los pacientes en general

17 Mar 2017, 13:52:28: Mis compañeros están quemados (con razón) y desmotivados, y eso se nota. Me jubilé anticipadamente porque se veía venir. Llevan muchos años intentando privatizar la sanidad

17 Mar 2017, 14:01:51: sin opinión

17 Mar 2017, 14:31:16: Se ha reducido el nº de médicos y se ha incrementado (mucho) el nº de pacientes vistos por cada médico

17 Mar 2017, 14:43:29: Listas de espera y menos tiempo de atención al haber más pacientes en agendas

17 Mar 2017, 14:47:54: Se ha limitado la actividad en los hospitales públicos con el objetivo de derivar pacientes a los privados, donde la atención es en muchos casos deficiente. A veces hemos tenido que repetir pruebas por este motivo

17 Mar 2017, 15:03:41: hay menos médicos para los mismos pacientes: menos tiempo de atención y más lista de espera que condiciona médicos desmotivados y descontentos que no establecen las mismas relaciones con el paciente que cuando se trabaja agusto

17 Mar 2017, 15:07:06: Largas listas de espera, aumento del trabajo por disminución del personal

17 Mar 2017, 15:27:58: Hay menos profesionales disponibles

17 Mar 2017, 15:38:00: Ha empeorado la calidad de la atención a los pacientes y no considero que esto se deba a la crisis.

17 Mar 2017, 15:45:25: Ha aumentado las listas de espera quirúrgicas y de acceso a los especialistas.

17 Mar 2017, 16:06:24: Aumento del tiempo de espera para realización de pruebas diagnósticas

17 Mar 2017, 16:21:29: Menos camas, menos personal.

17 Mar 2017, 16:24:47: La atención especializada que es la que yo vivo en mi día a día se realiza con menos interés por parte de los facultativos, que se consideran especialmente maltratados por los gestores, con un trabajo escasamente remunerado y poco reconocido excepto por parte de algunos pacientes

17 Mar 2017, 16:25:13: No cumplen con el horario de trabajo

17 Mar 2017, 16:25:19: Aumento de listas de espera

17 Mar 2017, 16:38:09: Largos de tiempo de espera para consultas con especialistas, pruebas diagnósticas y cirugías

17 Mar 2017, 17:25:10: La salud laboral de los pacientes, incluida la del propio médico, se ha visto afectada en gran medida, debido a sobrecarga de trabajo, bajada de incentivos económicos y de otro tipo, sentimiento de explotación laboral..... y eso va a peor todavía.

17 Mar 2017, 17:35:49: Se ha cobrado a pacientes por asistencia urgente

17 Mar 2017, 17:41:56: Se intenta hacer frente a la demanda real con recursos limitados, instalaciones averiadas, sobrecargando determinados servicios, o simplemente creando circuitos alternativos o derivaciones que no resuelven el problema sino que lo mueven de lugar

17 Mar 2017, 18:18:30: Vemos más pacientes con menor sueldo

17 Mar 2017, 19:46:32: En atención primaria tenemos menos material para procesos habituales y dificultades en el suministro de vacunas infantiles y para adultos.

17 Mar 2017, 19:57:47: El alta hospitalaria prematura se ve influenciada en demasiadas ocasiones por la masificación de los servicios de urgencias y hospitalización, que a su vez depende del envejecimiento poblacional: el aumento de esperanza de vida de pacientes con enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, oncológicas... y de la falta de potenciación de la medicina preventiva, de la educación sanitaria a la población y de la salud pública y ambiental

17 Mar 2017, 23:14:00: aumentas listas de espera

17 Mar 2017, 23:46:55: Mas tiempo de espera

17 Mar 2017, 23:47:25: menos personal

18 Mar 2017, 01:03:46: Se ha aumentado el tiempo de espera para consultas y pruebas

18 Mar 2017, 02:52:43: Empeoramiento de listas de espera. Sobrecarga extrema de las consultas de atención primaria.

18 Mar 2017, 09:20:44: lo dicho. Derivación a medicina especializada

18 Mar 2017, 09:39:32: han aumentado las listas de espera ,aumenta de forma alarmante el síndrome "del quemado" entre los profesionales sanitarios , es una verdadera enfermedad que no se contempla.

18 Mar 2017, 09:50:13: peor atención en general en relación con la desorganización

18 Mar 2017, 11:04:42: Pérdida de la relación sanitario-paciente

18 Mar 2017, 11:23:12: Sobrecarga asistencial por falta de personal
Descenso enorme de la clientela privada

18 Mar 2017, 12:43:33: En general creo que la atención médica está bien cubierta con limitaciones de tiempo de atención, pero generalmente es buena

18 Mar 2017, 14:01:20: se interviene más tarde, a nivel de pruebas diagnósticas, operar y/o tratar con quimioterápicos a los pacientes con problemas tumorales
las listas de espera parece que han aumentado
las esperas en Urgencias aumentan
las agresiones al personal aumentan
hay menos personal para atender a los pacientes
el acoso laboral ha aumentado en todos los sentidos: desde estamentos superiores, desde estamentos inferiores y entre profesionales médicos

18 Mar 2017, 14:53:33: Se ha reducido el número de profesionales.
La "cantidad" prima sobre la "calidad"

18 Mar 2017, 14:56:03: Aumento de listas de espera

18 Mar 2017, 15:11:35: Creo que los recortes disminuyen la calidad de la atención en general.

18 Mar 2017, 17:30:12: No se puede ver un paciente cada 7 minutos. Eso solo se lo exigen a primaria. ¿Los cardiólogos ven pacientes cada 7 minutos? o verdad? Pues yo no sé porque yo tengo hacerlo

18 Mar 2017, 18:26:23: La atención prestada no ha variado con la crisis. Los profesionales tratamos igual a los pacientes.

18 Mar 2017, 19:12:47: Se han reducido plantillas, aumentado demoras, externalizado pruebas

18 Mar 2017, 19:50:07: gran dificultad para compra de aparatos nuevos

18 Mar 2017, 20:28:50: Falta de camas hospitalarias, masificación en urgencias médicas,

18 Mar 2017, 21:29:00: Se está racionalizando las estancias hospitalarias y hay menos derroche en los hospitales

18 Mar 2017, 23:07:39: No he notado ningún cambio

18 Mar 2017, 23:45:05: Se ha dejado de atender personas residentes en España, existe un vacío para los mayores de 26

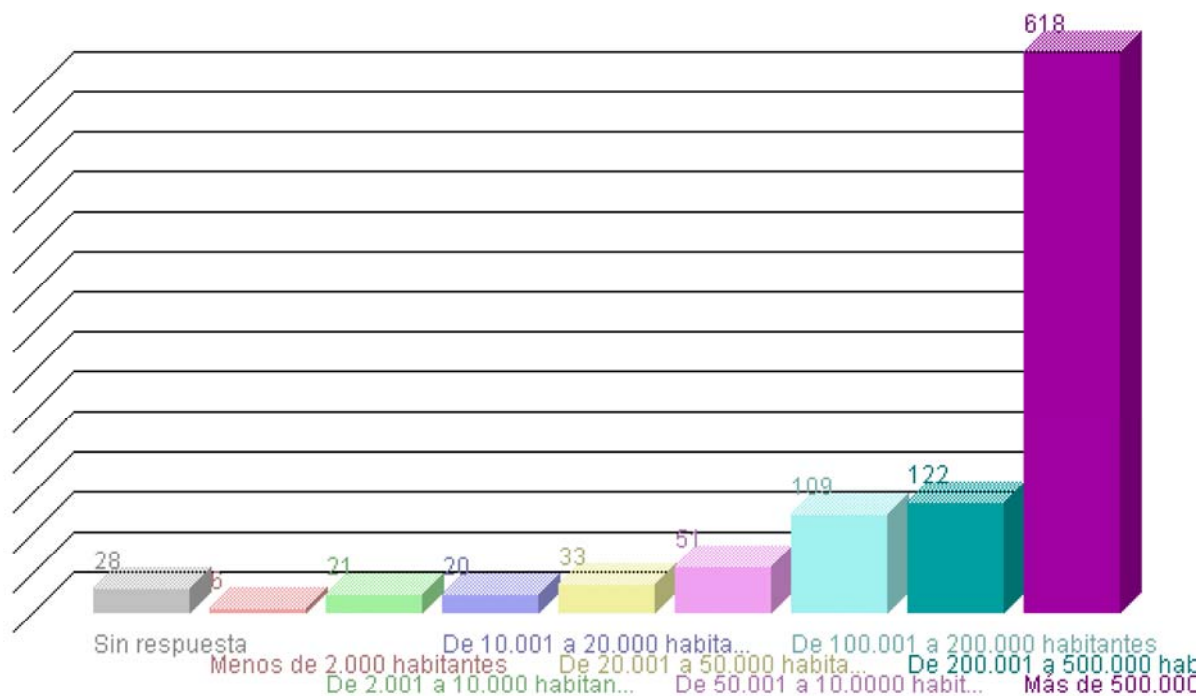
años sin trabajo

19 Mar 2017, 08:18:10: Aumento de listas de espera a tiempos absurdos, no actualización de aparatos diagnósticos
 19 Mar 2017, 09:32:52: Aumento demora en consulta y en pruebas diagnosticas.
 19 Mar 2017, 12:48:09: Claro aumento de las lista de espera, tanto para pruebas diagnósticas como para tratamientos.
 19 Mar 2017, 13:42:26: Disminución de recursos (medios, personal, etc).
 19 Mar 2017, 13:59:14: No hay médicos sustitutos, cuando el titular de la plaza enferma lo que hacen es distribuir a los pacientes con los médicos presentes saturando a los médicos y cada paciente menos tiempo para ser atendido y redunda en una mala calidad
 19 Mar 2017, 15:44:58: Aumento de trabajo del medico para no tener que disminuir el tiempo al paciente por tener que ver a más pacientes
 19 Mar 2017, 18:06:46: Se contrata personal sólo para aliviar las listas de espera
 19 Mar 2017, 18:46:13: Menor inversión en alta tecnología y renovación de equipos
 19 Mar 2017, 22:59:18: Incremento en listas de espera.
 20 Mar 2017, 10:56:55: Cuando es necesario, yo creo que no ha disminuido la calidad otra cosa es el abuso que se produce por factores diversos (privatización, pruebas innecesarias etc.
 20 Mar 2017, 11:01:49: No tengo experiencia laboral previa a 2012, no puedo comparar.
 20 Mar 2017, 19:30:25: burnout frecuente en los profesionales sanitarios
 20 Mar 2017, 20:22:39: Se han incrementado las "Listas de espera" para consultas y pruebas diagnosticas
 20 Mar 2017, 20:31:45: el mismo razonamiento que en la pregunta 14
 20 Mar 2017, 23:05:25: Derivado de recortes de personal y limitación de medios
 21 Mar 2017, 07:54:39: Con el cese de contratos eventuales se ha incrementado el tiempo de espera
 21 Mar 2017, 09:57:30: aumento de la indiferencia hacia el paciente
 21 Mar 2017, 12:01:58: Ha aumentado listas espera atención médica y quirúrgica
 21 Mar 2017, 12:30:30: Se está perdiendo atención de calidad al paciente. Este deterioro de calidad asistencial , en mi opinión se había iniciado antes de la crisis
 21 Mar 2017, 13:27:05: al disminuir los recursos humanos (médicos enfermería) hay menos tiempo para la atención del paciente
 por otro lado se ha derivado algunas pruebas diagnosticas a centros concertados fuera d ellos centros públicos donde la calidad de la exploración ha sido claramente inferior hasta el punto de que luego había que volver a pedir la prueba en centro publico
 en algunas especialidades se ha reducido la cartera de servicios no dejándoles dar una prestación que anted de la crisi si se daba (ecografías en centros públicos por ejemplo)
 21 Mar 2017, 13:47:52: Se ha reducido el personal sanitario lo cual redunda en una peor atención
 21 Mar 2017, 14:42:40: Menos implicación con el trabajo. Sensación de impotencia para cambiar cosas que no duncionan o plantearse realizar actividades. Pasividad. Actitudes pasivo-agresivas entre compañeros y con los jefes. Acoso laboral muy frecuente.
 21 Mar 2017, 14:43:15: en la sanidad privada, sin sociedades, disminucion de precios
 21 Mar 2017, 15:06:24: Tiempos de espera mayores.
 21 Mar 2017, 15:48:21: debido a que tenemos más pacientes en cosultas, tenemos menos tiempo que ofrecer a cada paciente y encima trabajamos bajo unas condiciones de estres que no creo que la OMS aprobase
 21 Mar 2017, 17:02:19: Aumento de las listas de espera
 21 Mar 2017, 19:12:28: Faltan profesionales
 21 Mar 2017, 20:39:04: se recargan las consultas al haber disminuido el número de profesionales
 21 Mar 2017, 22:39:55: Se ha reducido el tiempo de atención a cada paciente porque aumenta las duplicidades. Han aumentado los tiempos hasta primera consulta y para pruebas diagnósticas y cirugías
 22 Mar 2017, 00:05:20: Listas de espera aumentadas y externalizacion de pruebas diagnósticas con reducción de personal sanitario
 22 Mar 2017, 10:25:06: Aumento de listas de espera
 22 Mar 2017, 11:00:30: Listas de espera
 22 Mar 2017, 19:25:47: se han alargado las listas de espera, demoras en atención al paciente, no recambio de material obsoleto, sanitarios más extresados en general
 22 Mar 2017, 20:47:15: El tiempo que pasa desde que el paciente es derivado hasta ser atendidos por algunos especialistas se ha prolongado de forma importante
 22 Mar 2017, 21:07:12: retrasos en las citas ,consultas, listas de espera
 los pacientes oncologicos desbordan las cosultas,
 23 Mar 2017, 10:53:59: Veo que se optimizan los recursos
 23 Mar 2017, 12:41:52: La calidad se ve afectada por una mayor demanda de pacientes, muchos han dejado sus seguros privados y al existir mayor demanda la atención y calidad del paciente se ve afectada.
 23 Mar 2017, 22:12:20: Aumento de demora en informar las biopsias
 24 Mar 2017, 18:54:01: el tiempo destinado a las consultas medicas es excesivamente corto Personalmente en 7 minutos no puedo: saludar, interrogar, explorar, ver pruebas una a una, interpretar, hacer informe, explicar al paciente, solicitar exploración, pautar tratamiento y explicar la pauta. ESTAMOS DESCOJONADOS
 24 Mar 2017, 20:30:23: Desde luego que la gestión de las pruebas y tratamiento es más rigurosa
 25 Mar 2017, 18:56:04: No trabajaba como médico entonces
 27 Mar 2017, 01:22:14: Disminución de los sueldos
 28 Mar 2017, 19:40:26: referido a la atención dispensada en el sector privado en que me muuevo
 31 Mar 2017, 01:34:14: Han aumentado las listas de espera. Se colapsan los hospitales retrasando ingresos en determinadas épocas del año, haciendo ingresos provisionales de formas precaria en pasillos o espacios improvisados.
 31 Mar 2017, 20:53:36: Falta de personal médico suficiente para atención de calidad
 17 Apr 2017, 09:57:11: En Pediatría y en mi Hospital no lo he notado. En cuanto el tiempo de ingreso mas corto puede ser un indice de buena praxis así como la reducción de pruebas diagnosticas que siempre han sido excesivas en nuestra sSanidad
 1 May 2017 , 18:43:05: Retraso en todas las actividades

23) Indique el tamaño del municipio donde desarrolla su profesión:

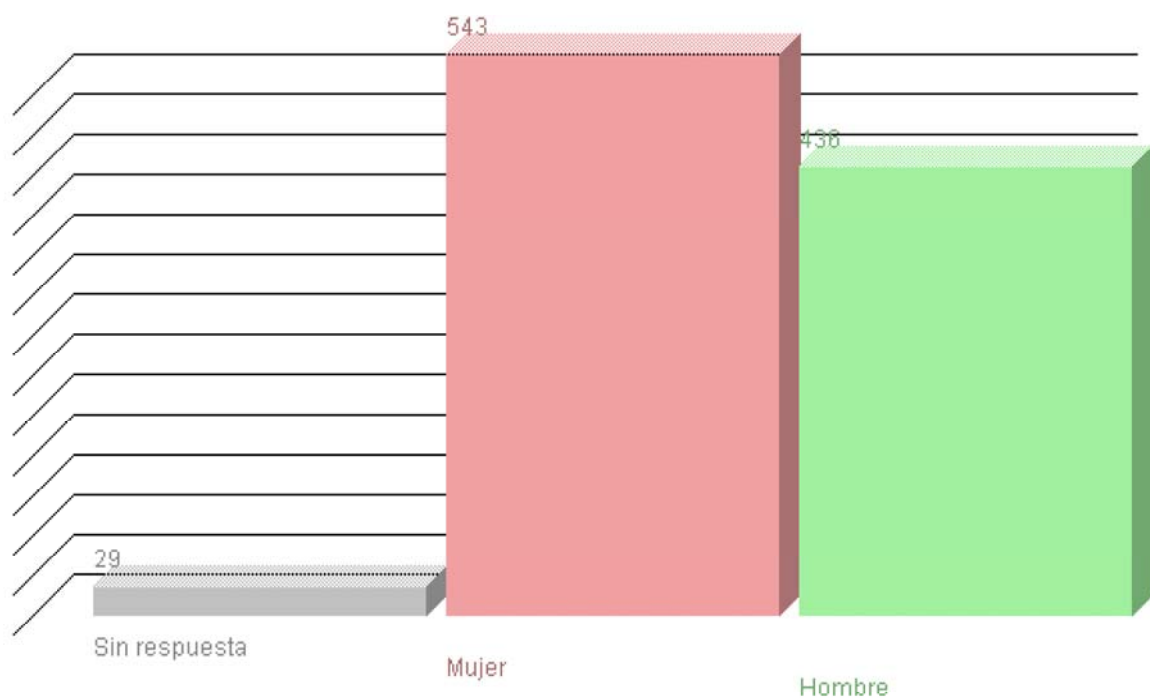
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	28	2.8%	
Menos de 2.000 habitantes	6	0.6%	0.6%
De 2.001 a 10.000 habitantes	21	2.1%	2.1%
De 10.001 a 20.000 habitantes	20	2%	2%

De 20.001 a 50.000 habitantes	33	3.3%	3.4%
De 50.001 a 10.0000 habitantes	51	5.1%	5.2%
De 100.001 a 200.000 habitantes	109	10.8%	11.1%
De 200.001 a 500.000 habitantes	122	12.1%	12.4%
Más de 500.000 habitantes	618	61.3%	63.1%



24) Sexo:

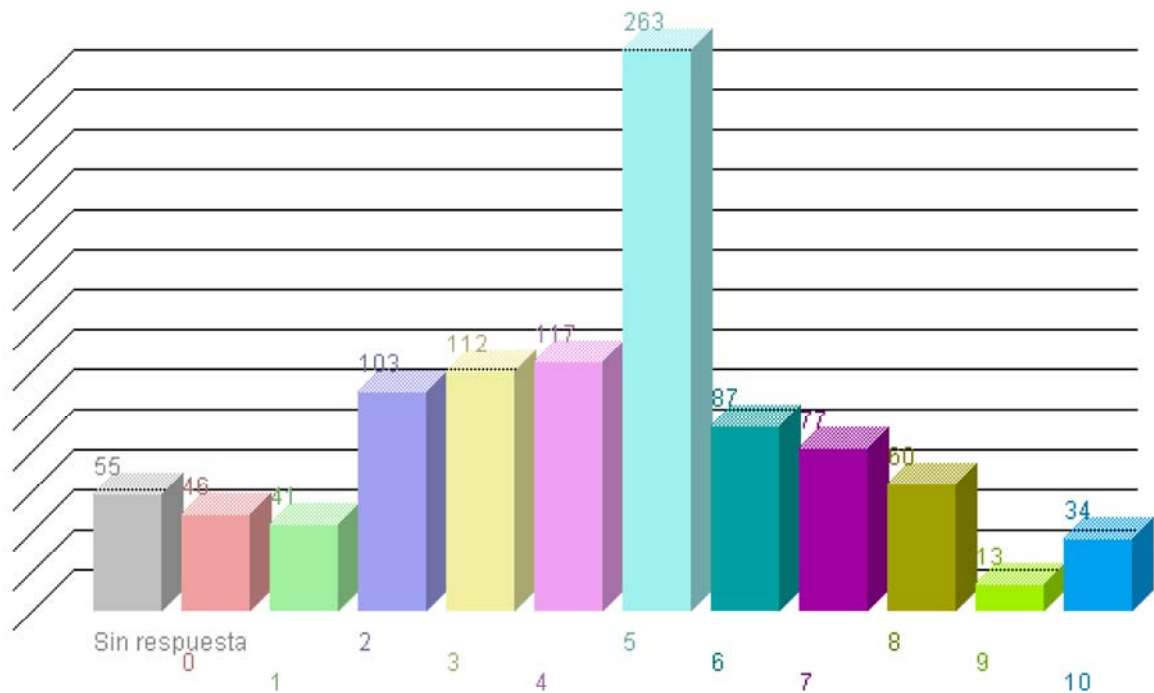
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	29	2.9%	
Mujer	543	53.9%	55.5%
Hombre	436	43.3%	44.5%



25) Cuando se habla de política se utilizan normalmente las expresiones 'izquierda' y 'derecha'. ¿En que posición política se ubica usted?

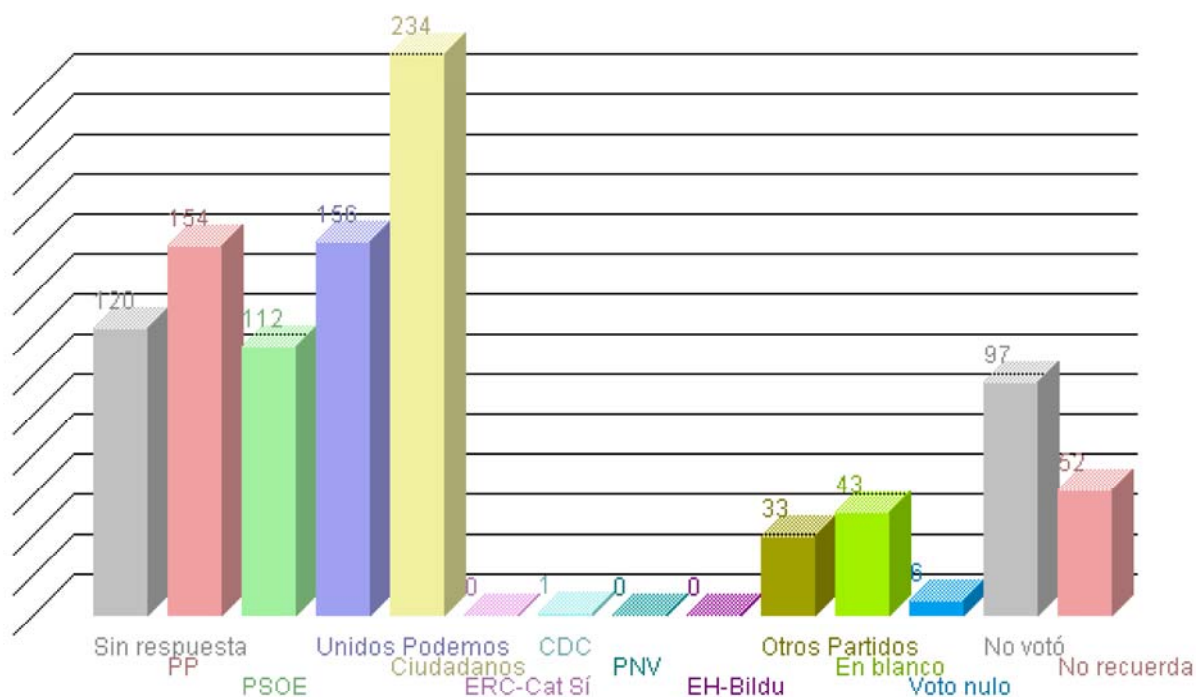
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	55	5.5%	

0	46	4.6%	4.8%
1	41	4.1%	4.3%
2	103	10.2%	10.8%
3	112	11.1%	11.8%
4	117	11.6%	12.3%
5	263	26.1%	27.6%
6	87	8.6%	9.1%
7	77	7.6%	8.1%
8	60	6%	6.3%
9	13	1.3%	1.4%
10	34	3.4%	3.6%



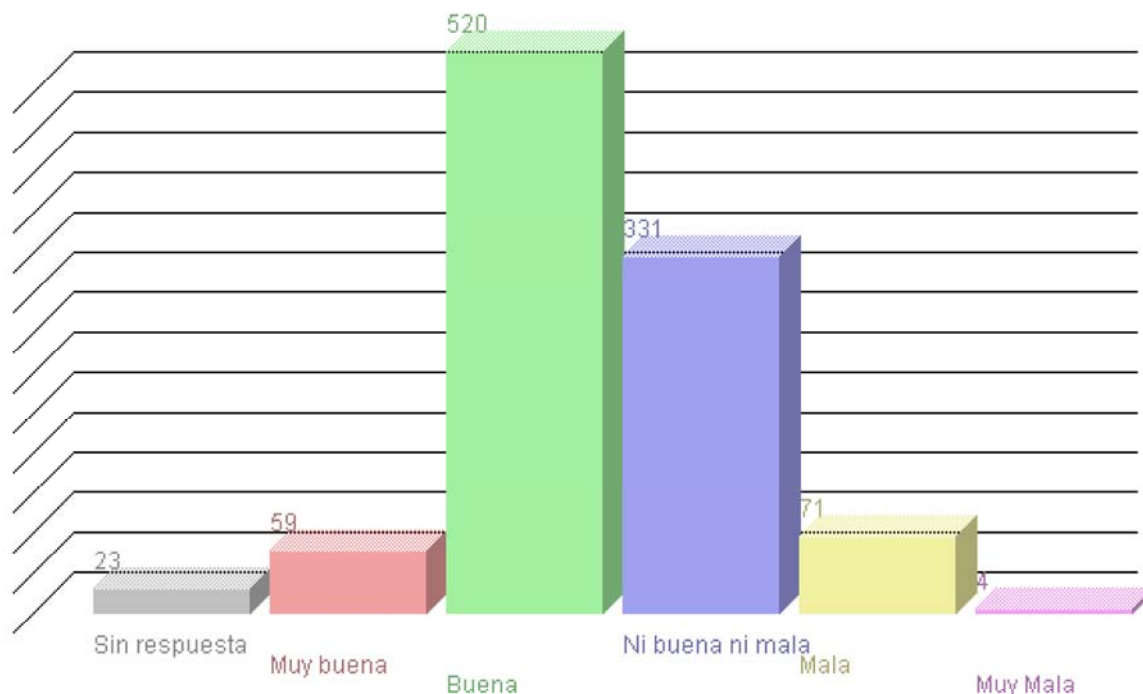
26) ¿A qué partido o coalición votó en las elecciones generales de 2016?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	120	11.9%	
PP	154	15.3%	17.3%
PSOE	112	11.1%	12.6%
Unidos Podemos	156	15.5%	17.6%
Ciudadanos	234	23.2%	26.4%
ERC-Cat Sí	0	0%	0%
CDC	1	0.1%	0.1%
PNV	0	0%	0%
EH-Bildu	0	0%	0%
Otros Partidos	33	3.3%	3.7%
En blanco	43	4.3%	4.8%
Voto nulo	6	0.6%	0.7%
No votó	97	9.6%	10.9%
No recuerda	52	5.2%	5.9%



27) ¿Cómo calificaría usted su situación económica personal?

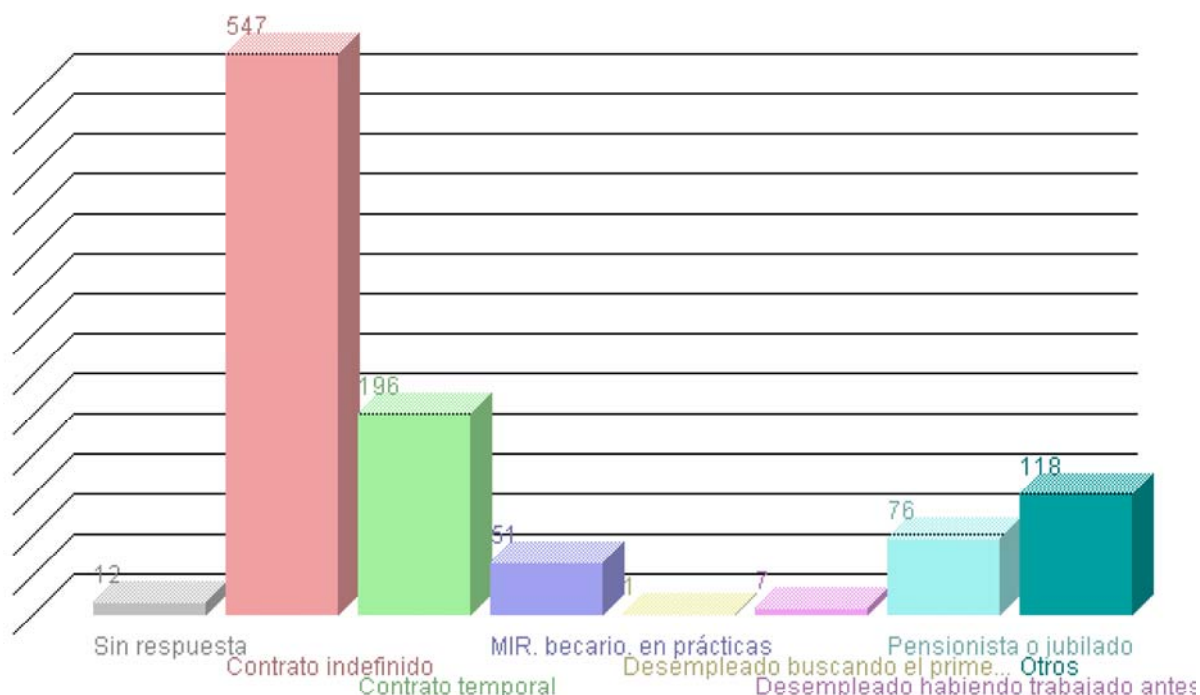
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	23	2.3%	
Muy buena	59	5.9%	6%
Buena	520	51.6%	52.8%
Ni buena ni mala	331	32.8%	33.6%
Mala	71	7%	7.2%
Muy Mala	4	0.4%	0.4%



28) Indique por favor cuál de las siguientes opciones caracteriza su situación laboral actual:

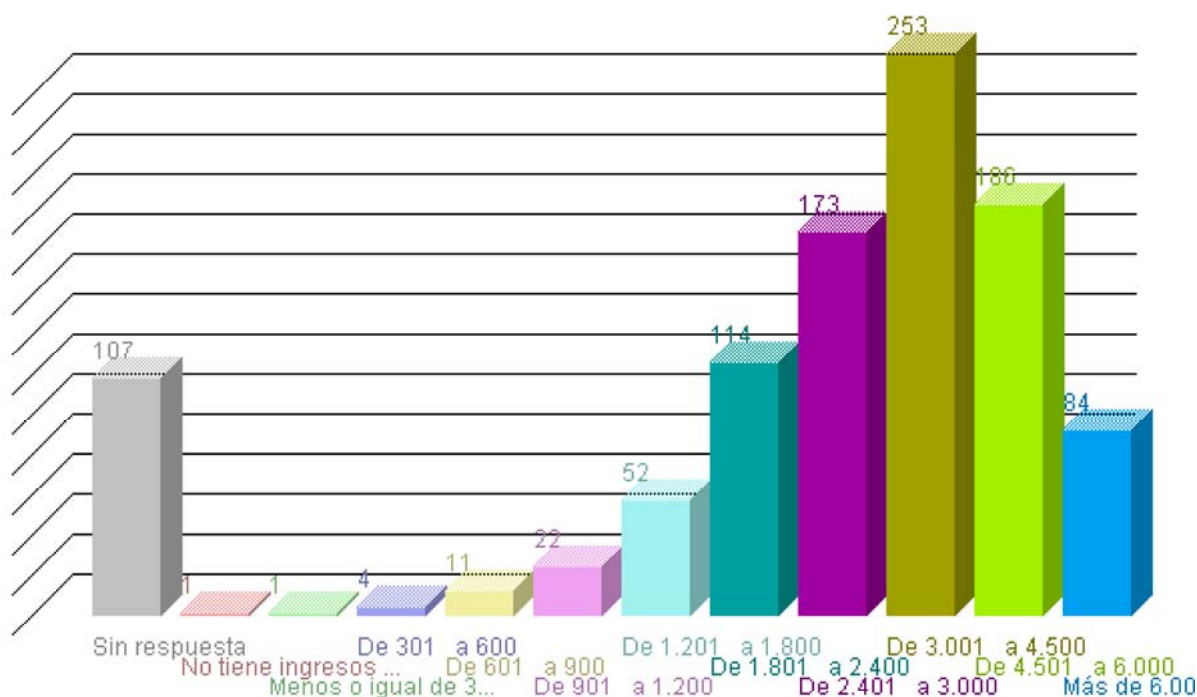
	frec.	total	resp.
Sin respuesta	12	1.2%	
Contrato indefinido	547	54.3%	54.9%
Contrato temporal	196	19.4%	19.7%

MIR, becario, en prácticas	51	5.1%	5.1%
Desempleado buscando el primer empleo	1	0.1%	0.1%
Desempleado habiendo trabajado antes	7	0.7%	0.7%
Pensionista o jubilado	76	7.5%	7.6%
Otros	118	11.7%	11.8%



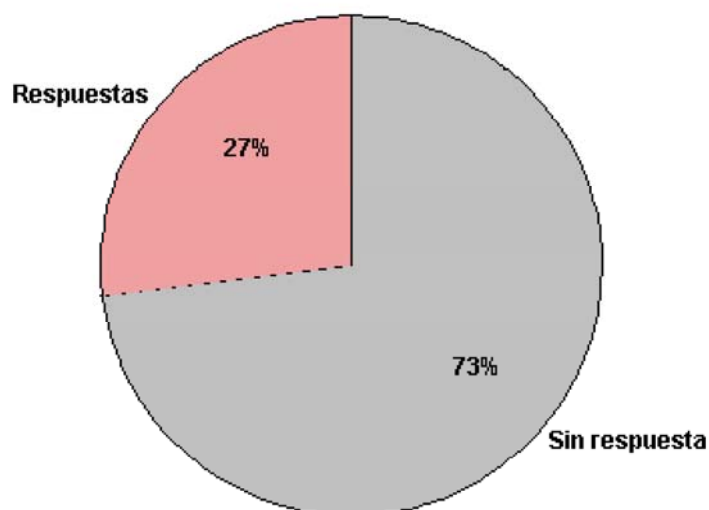
29) Actualmente, entre todos los miembros del hogar (incluido usted mismo) y por todos los conceptos, ¿de cuántos ingresos disponen por término medio en su hogar al mes, después de la deducción de impuestos (o sea, ingresos netos)?

	frec.	total	resp.
Sin respuesta	107	10.6%	
No tiene ingresos de ningún tipo	1	0.1%	0.1%
Menos o igual de 300	1	0.1%	0.1%
De 301 a 600	4	0.4%	0.4%
De 601 a 900	11	1.1%	1.2%
De 901 a 1.200	22	2.2%	2.4%
De 1.201 a 1.800	52	5.2%	5.8%
De 1.801 a 2.400	114	11.3%	12.7%
De 2.401 a 3.000	173	17.2%	19.2%
De 3.001 a 4.500	253	25.1%	28.1%
De 4.501 a 6.000	186	18.5%	20.6%
Más de 6.000	84	8.3%	9.3%



30) A continuación puede añadir cualquier consideración que usted estime importante para esta encuesta.

	frec.	total
Sin respuesta	736	73%
Respuestas	272	27%



17 Mar 2017, 10:38:32: no

17 Mar 2017, 10:44:05: La salud es fundamental, pero las personas tienen un concepto de gratuidad y piensan que hay que darles de todo y creo que no es así. Lo mismo que nos gastamos el dinero en cosas superfluas, en medicina, pensamos que el Estado debe ser el que nos lo dé todo y no es así.

17 Mar 2017, 10:44:38: El copago me parece fundamental.

17 Mar 2017, 10:50:31: se debe acabar con el sistema funcionarial en la sanidad

17 Mar 2017, 10:51:33: Que espero que el tiempo que he dedicado a rellenarla sea compensado con una adecuada difusión de los resultados. Además de médico soy catedrático de medicina y echo de menos preguntas relativas a la calidad de la formación pre y posgraduada (que a mi juicio se está deteriorando) y a la precariedad laboral de los profesionales sanitarios. Personalmente no entiendo cómo hay chicos que todavía quieren ser médicos.

17 Mar 2017, 10:57:02: Tengo que trabajar en 3 sitios. 1 publico y 2 privados para mantener el nivel de vida que tenía antes de la crisis.

17 Mar 2017, 11:11:34: Creo que también se puede explorar el tema de los médicos extranjeros y los contratos precarios que se les ofrecen. El tema también de las homologaciones/reconocimientos de especialistas de extranjeros y también de los MESTOS, con la consiguiente inestabilidad derivada de su status. GRACIAS

17 Mar 2017, 11:15:35: .

17 Mar 2017, 11:19:00: La encuesta es tendenciosa. Soy votante de izquierdas y nunca estuve de acuerdo con la "marea

blanca". Soy médico y a lo largo de mi carrera he conocido muy pocos médicos en donde la defensa de la medicina pública no sea por una cuestión de interés personal (hago muy poco, me quejo mucho, y no me pueden echar)

17 Mar 2017, 11:24:02: No entiendo que siempre se mezcle la política con las opiniones en estas encuestas.

17 Mar 2017, 11:25:35: Me considero una afortunada porque trabajo en lo que me gusta y gano el dinero que necesito para vivir bien. Pero mis ingresos desde el 2008 han bajado más de un 30%, a pesar de acumular más años trabajados y los incentivos, tanto de futuro, como en formación o mejora laboral tienden a cero. Y esto no tiene expectativas de mejorar con o sin crisis.

17 Mar 2017, 11:30:28: Soy extranjera. Especialista en oftalmología pero no he podido homologar el título así que solo soy médico aquí. Eso me ha impedido acceder a muchos trabajos excepto psicotécnicos y geriátricos. Agregar que nos pagan a 10 euros la hora que no tenemos contrato y que debemos nosotros inscribirnos como autónomos si queremos trabajar. Las condiciones de visado y laborales para los extranjeros son muy malas.

17 Mar 2017, 11:35:07: te vas a la peluquería te cobran 20 euros.

llamas al albañil... te cobra 60 euros.

pagas una cena--- 30 euros.

consulta con especialista médico (lo que me pagan): 9 euros.

hacer una colonoscopia: 30 euros.... es una vergüenza.

17 Mar 2017, 11:40:06: No solo se trabaja como médico especialista en la Sanidad, yo trabajo en la Consejería de Familia Política y Asuntos sociales y allí el trato es peor incluso que en la Sanidad, a nivel de salarios, contrataciones, tiempos de espera, etc

17 Mar 2017, 11:42:39: HAY UN DETERIORO IMPORTANTE EN EL TRATO AL MÉDICO A TODOS LOS NIVELES. HAY PACIENTES CON LO QUE SE TIENE QUE BUSCAR MECANISMOS LEGALES PARA PODER ATENDERLOS EN LAS CONSULTAS AL ESTAR FUERA DEL SS.

17 Mar 2017, 11:43:02: Ninguna

17 Mar 2017, 11:45:06: Mi crítica: La Sanidad Pública está politizada. Con un aumento excesivo de cargos políticos en la gestión, en Consejerías y Hospitales, en los últimos años, a pesar de la restricción en Recursos Humanos llevada a cabo entre los profesionales sanitarios, con aumento de los contratos eventuales que ha desmotivado e infravalorado a los profesionales, perdiendo capacidad de trabajo de los mismos en la Sanidad Pública.

17 Mar 2017, 11:45:55: Esta crisis con este sistema está afectando a la clase media-baja y a la gente joven y está creando una polarización socio económica nociva

17 Mar 2017, 11:46:34: Las preguntas personales, voto, ingresos, etc, no me parecen oportunas.

17 Mar 2017, 11:51:12: lo dicho, he respondido a muchas no he notado cambio, pero por que trabajo en el ayuntamiento de madrid, no se si la encuesta los computara como dice que no hay cambios, que lo que digo es que no se si los hay pero en mi puesto de trabajo difícilmente los vería.

17 Mar 2017, 11:53:13: Espero la usen en beneficio de la sociedad

17 Mar 2017, 11:54:30: Siendo Pediatra en jubilación , ignoro las bases de una encuesta correctamente diseñada pero esta me ha parecido muy deslazada , muy sesgada y muy inconsistente y trasnochada al solicitar filiación política Le preguntaría yo al encuestador si cree en el ideario de cualquiera de las formaciones al uso ?

17 Mar 2017, 11:57:11: El problema son los políticos no la sanidad ni la pública ni la privada

17 Mar 2017, 11:57:18: habría que hablar con más frecuencia de las condiciones en las que trabajamos muchas veces los médicos; consultas desbordadas, falta de suplentes, turnos de tarde en médicos con hijos pequeños, ausencia de suplentes

17 Mar 2017, 11:59:56: en gral la precarización el empleo nos ha llevado a peor calidad de vida

17 Mar 2017, 12:02:37: No existe sintonía entre la clase política al mando de la sanidad y los profesionales que en ella trabajan.

El interés del político difiere mucho del interés del profesional de la sanidad y del usuario de la misma.

17 Mar 2017, 12:02:38: En la sanidad publica se hacen tratamientos e intervenciones quirúrgicas innecesarias que muchas veces están ocasionadas por el interés de los médicos de tener jornadas de tarde para que les paguen peonadas. En la sanidad privada como es un negocio lo que quieren es gastar menos para ganar mas y esto puede afectar a la atención al paciente y a la calidad.

17 Mar 2017, 12:05:35: Las condiciones laborales de la gestión privada para la sanidad pública son cercanas a la esclavitud. El convenio de clínicas privadas tendría que revisarse. No se puede trabajar con 19000 brutos anuales sin moscosos ni días de libre disposición, sin subir ni siquiera el IPC, sin cobrar antigüedad y cada vez con más carga asistencial.

17 Mar 2017, 12:05:47: Cada vez se tiene menos en cuenta la opinión de los médicos para las decisiones sanitarias. Ahora las toman los tecnócratas , los medios no son ilimitados , eso se debe asumir , pero como norma hay una muy mala gestión del cómo se gasta.

17 Mar 2017, 12:06:53: No se pregunta en esta encuesta, pero considero como el principal problema de la sanidad la excesiva descentralización. La conversión en 17 sistemas sanitarios genera desigualdades en salud. Sería deseable la recuperación de algunas competencias por el Estado, dejando que la descentralización administrativa siga existiendo, pero con una coordinación central.

17 Mar 2017, 12:07:17: Deseo que los resultados también podamos conocerlos desde el ICOMEM.

17 Mar 2017, 12:07:45: Que las preguntas tienen un sesgo, no son neutrales, son ustedes profesionales

17 Mar 2017, 12:07:49: Añado que mi situación laboral es de falso autónomo (trabajo en hospital privado, con contrato de autónomo, pero teniendo que tener exclusividad laboral con mi centro de trabajo y siendo El Centro de trabajo el que fija cuando cojo o no vacaciones).

Por otro lado, creo que el sistema sanitario debe de ser esencialmente

Público, universal y de la mejor calidad posible y que deben tenerse en cuenta criterios de coste efectividad a largo plazo (y no a corto plazo como se hace actualmente) que aseguren la viabilidad del mismo a largo plazo. Me parece bien que exista sanidad privada como segunda opción pero no que este sea el sistema ppal. Me parece mal, opaco y poco clara la sanidad pública de gestión privada así como la derivación de pruebas de la sanidad pública a la privada

17 Mar 2017, 12:07:55: ningún ministro de sanidad mas que no sea médico centralizar muchos asuntos y acabar con la inequidad del sistema por comunidades autónomas

17 Mar 2017, 12:07:57: Que las preguntas tienen un sesgo, no son neutrales, son ustedes profesionales

17 Mar 2017, 12:08:49: Somos tres personas en el hogar. No sé como si no puede considerarse la pregunta de ingresos, sin tener en cuenta el número de personas en el hogar.

17 Mar 2017, 12:11:27: Que tiene un sesgo político evidente

17 Mar 2017, 12:15:33: Hay un mal trato por parte de las subdirecciones y direcciones, tanto genere tes como de servicios y departamentos al personal interno, a los profesionales, una falta de respeto sorprendente. Un ahorro que va a la productividad de los elegidos y un acoso a los profesionales pavoroso. Sin que las inspecciones y subinspecciones laborales de sanidad actúen en defensa de los profesionales. Hay mucha politización.

17 Mar 2017, 12:21:14: Se deberían dar muchísimas mas ayudas a las familias numerosas, a las familias en general para fomentar la natalidad y acabar con el aborto que ocasiona que tengamos una población cada vez mas anciana y mas difícil de tratar, de mantener con las pensiones, y por tanto una población trabajadora cada vez más vieja y con más patologías. Se deberían dotar de mas recursos a la sanidad en general y a los médicos en particular, un celador no puede cobrar casi lo mismo que un médico, ni de cerca, al igual que un neurocirujano que pasa 12h en un quirófano no puede estar igualmente remunerado que uno que está tranquilamente en una consulta viendo 10-15 pacientes. Tampoco lo debe estar uno que solo

hace lo que se le exige frente a otro que hace docencia, es tutor, hace publicaciones, investigación, hace horas extra, guardias, trasplantes, consigue premios, innova y mejora la atención a los pacientes. Los incentivos deben de ser mucho mejores. También los beneficios sociales deben mejorar para los médicos, dotarles de un mejor sistema de PRL que puedan atenderles a todos con tiempo, que dispongan de parking, comida saludable y gratuita durante su jornada laboral, guardería, formación gratuita, PRSC, Gimnasio. Areas adecuadas de descanso, sobretodo para los que están de guardia.

17 Mar 2017, 12:24:58: Sorprende que un departamento de Sociología ignore TOTALMENTE en su encuesta a enfermos en situación de Final de la Vida.

Es una situación lamentable la de una sociedad que ignora a sus miembros mas vulnerables

17 Mar 2017, 12:26:49: Menos políticas de izquierdas

17 Mar 2017, 12:30:08: Un problema grave que se debería controlar mucho más es el de las bajas laborales. Se debería contratar mucho más personal para poder hacerlo adecuadamente y que la sanidad tuviera mucho menor gasto a ese nivel y utilizar estos recursos en otras parcelas.

El uso responsable de la sanidad (educación sanitaria) es básico para un menor gasto sanitario global y habría que hacer hincapié en ello, si es preciso penalizando el uso abusivo del mismo.

17 Mar 2017, 12:30:23: La precariedad laboral en atención primaria está suponiendo muchos contratos de suplentes sin ninguna continuidad lo que se traduce como no continuidad asistencial en la población, la base de atención primaria. Esto supone peor calidad asistencial, aumento de riesgos y iatrogenia por parte de los profesionales. Como suplente creo que hay que hacer grandes cambios en el modelo de gestión de la sanidad y la importancia que se merece la atención primaria. Eso sí, un modelo público y universal!

17 Mar 2017, 12:30:59: .

17 Mar 2017, 12:32:35: La crisis y los recortes repercuten siempre en los débiles de la Sociedad. No olvidemos que el número de ricos ha aumentado en España durante la crisis

17 Mar 2017, 12:33:35: La injerencia de los partidos políticos y sus tendencias en las gerencias sanitarias y la deficiente cualificación y capacitación para el nombramiento de estos gerentes de la gestión de las direcciones de los centros tanto hospitalarios como de atención primaria

17 Mar 2017, 12:35:34: la precariedad laboral de las especialidades, especialmente medicina intensiva.

17 Mar 2017, 12:43:08: SE DEBE DE TRATAR DE REDUCIR EL EXCESO DE MEDICAMENTO Y PRUEBAS INNECESARIOS. EL ABUSO QUE HACE EL PACIENTE RECURRIENDO A URGENCIAS POR ENFERMEDADES QUE NO LO AMERITAN, E INCLUSO PERSONAS SANAS MUCHAS VECES.

17 Mar 2017, 12:48:22: Opino que la Sanidad debe mantener siempre una gestión publica porque debe generar y genera importantes beneficios indirectos para la sociedad derivados de la atención médica y no generar beneficios directos empresariales de lo que se deriva una atención distinta al usuario.

17 Mar 2017, 12:49:51: En lo que más ha incidido la crisis (y no lo refleja la encuesta, que entiendo debería) es en las retribuciones y satisfacción de los profesionales. No se ha recortado tanto en prestaciones como en sueldos.

17 Mar 2017, 12:51:39: Falta preguntar por más cosas para obtener una visión completa del asunto

17 Mar 2017, 13:04:20: La convivencia entre la Sanidad Pública y la Sanidad Privada siempre ha funcionado en España. El saqueo de las arcas públicas no debe ser un excusa para demonizar a la privada y un instrumento para dismantelar la pública, todos los ciudadanos perderíamos.

17 Mar 2017, 13:09:36: Ojalá este estudio sirva para que la gente comience a darse cuenta de la estrategia política de dismantelar una sanidad pública de calidad.

Sinceramente, a veces me arrepiento de haber elegido esta profesión.

17 Mar 2017, 13:10:25: Creo que so elaboración esta sesgada claramente para que los que responden se orienten claramente contra un Real Decreto concreto y una opción política.

17 Mar 2017, 13:12:38: Actualmente, trabajo en una universidad en la Facultad de Ciencias de la Salud, en el Régimen General de la SS. Cotizo como autónomo para ejercicio privado y percibo el 50% de mi pensión como jubilado.

17 Mar 2017, 13:15:20: El coste de los seguros sanitarios en España es irrisorio, si se tienen en cuenta las prestaciones que los seguros conllevan.

17 Mar 2017, 13:21:02: Es muy preocupante la situación precaria del sistema en cuanto a la retribución económica y respeto a los profesionales.

Se está menoscabando el tiempo que el médico dedica a los pacientes a cambio de incrementar las tareas administrativas, qué coste más elevado y qué poca eficiencia del sistema!!

17 Mar 2017, 13:22:01: Un tema interesante que ha provocado la crisis económica es la fuga de profesionales sanitarios de nuestro país de forma que se marchan 3600 médicos especialistas de media al año con una tendencia de crecimiento del 10-15%. Entre los que se han ido en los últimos 5 años y los que se irán en los próximos 5 años, España puede perder más de 40.000 especialistas con edades comprendidas entre los 35-55 años. A esto hay que añadirle en que el 2020 se jubilarán un 30-35% de las plantillas hospitalarias. La falta absoluta de previsión y los bajos sueldos de los especialistas (...los estibadores ganan en este país más 8.000€ al mes), causa principal de la fuga, hará que el sistema sea insostenible. y se colapse. Gracias por la oportunidad.

17 Mar 2017, 13:23:02: 1.- Contratos precarios de los médicos.
2.- Salarios bajos que no corresponden al nivel de vida ni al ejercicio profesional.
3.- Necesidad del pluriempleo para compensar los gastos fijos de una familia normal.

17 Mar 2017, 13:27:40: gracias

17 Mar 2017, 13:32:56: Para mí lo ideal sería que la gestión pública fuese eficiente, pero la realidad nos dice que no es así, creo que deberían intentar extrapolarse actuaciones de la gestión privada q

17 Mar 2017, 13:33:33: Tras la crisis, a partir del 2012 no aparece trabajo indefinido ni buenas condiciones laborales

17 Mar 2017, 13:34:30: Se debe establecer un mecanismo de seguimiento por parte del colegio medico a los colegiados que trabajan en el sector privado el cual no garantiza una estabilidad laboral , tambien situaciones de maltrato psicológico. Se debe conocer a fondo la situación laboral de sus miembros no basta con las publicaciones a través de la bolsa. Se de colegas que por esta via les ha costado integrarse y encontrara trabajo.

17 Mar 2017, 13:35:33: CON LA CRISIS HA EMPEORADO NOTABLEMENTE LA SITUACION ECONOMICA Y LABORAL DEL MEDICO DE FAMILIA

17 Mar 2017, 13:42:10: no tengo experiencia con la gestión privada ,ni la medicina privada

17 Mar 2017, 13:49:41: Trabajando de falso autónomo tengo gastos por seguros en torno de un tercio del sueldo neto.

17 Mar 2017, 13:52:28: Me preocupa la juventud: sin trabajo, sin servicio público de salud, sin educación pública. Ensimismados con unos teléfonos a modo de "chupetes electrónicos" Esto no es lo que mi generación soñó para el futuro. Pero hay que reconocerlo: también nosotros somos culpables !Lástima!

17 Mar 2017, 13:56:11: que sean serios

17 Mar 2017, 14:14:10: Debía mejorar la ocupación laboral de los médicos, pues un número importante está subempleado con jornadas que no superan las 4 horas

17 Mar 2017, 14:15:25: La clave no es recorte o no recorte (demasiada demagogia al respecto), sino un uso responsable de los recursos. Es de vergüenza ver cómo la gente acude a Urgencias a las 2 de la madrugada por una tos de 15 días de evolución. Lamentablemente es muy frecuente. Un copago es políticamente incorrecto pero en cierto modo necesario para evitar el despilfarro.

17 Mar 2017, 14:21:12: Los médicos estamos muy mal pagados, pero soportamos el sistema

17 Mar 2017, 14:22:28: Hay que controlar el turismo sanitario, con cargo económico y asistencial a la sanidad pública. No se puede tolerar

17 Mar 2017, 14:25:33: Es demasiado larga

17 Mar 2017, 14:28:16: la medicina en general se ha deshumanizado

17 Mar 2017, 14:31:54: . Necesidad de conocer y evaluar todos los recursos económicos en sanidad.

Conocer otro factores que menoscaban la calidad de la atención sanitaria .

Impacto de los recursos sociosanitarios en el deterioro de la salud del ciudadano en situaciones facilitadoras de enfermar.

17 Mar 2017, 14:32:40: Estoy jubilado, aunque psiquiatra en la medicina privada, he sido médico de atención primaria 36 años en diferentes Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Muchos recortes sin otro objetivo que más que ahorrar, es el de no gastar. Nunca se ha pensado en el paciente ni en valorar a los profesionales de distintos estamentos, se introdujo el sistema de incentivar la productividad que ha servido para veladamente se intimide a interinos: si no hay productividad, no te renuevan el contrato, aunque sea un profesional excepcionalmente capacitado, como lo son la casi totalidad de los que han aprobado el MIR, o las enfermeras, y el personal técnico, auxiliares, celadores y administrativos, que se distinguen por su buen trato al paciente y familiares. Las excepciones existen a todo nivel, pero son escasas. Pasó lo mismo con los medicamentos genéricos, cuya efectividad es indudable, pero el margen de error fue aumentado por una ministra socialista, que hizo así dudar de su eficiencia, efectivamente asistí en mi Centro a la petición de un Cargo del Área - profesional, no administrativo- que pidió para su padre a un compañero una medicina, pero que no fuera genérica...

17 Mar 2017, 14:33:45: Sin más comentarios

17 Mar 2017, 14:54:03: Me parece una encuesta MUY pertinente

Les felicito

17 Mar 2017, 14:57:15: La sanidad se ha convertido en un bien de consumo, el mal uso que se hace de las consultas, urgencias, por parte de los pacientes debería tenerse en cuenta para mejorar el sistema de salud para todos. La idea de gratuidad y universalidad hacen que se valore poco los recursos de los que se disponen y vemos hiperfrecuentadores en las consultas de atención primaria y urgencias hospitalarias por catarros de vías altas, fiebres de poca evolución o estreñimiento. Debería educarse a la población para que haga un buen uso del sistema sanitario en beneficio del propio paciente. Se han dado muchas facilidades de acceso, atención, y siempre se quiere más y más...y los recursos son limitados

17 Mar 2017, 15:01:16: En la seguridad social no se premia al trabajador. Da igual ser un vago q ser trabajador. Hay gente q trabaja por el resto. Y creo q el sistema debería tener defensas contra esto.

Con la crisis el Gobierno ha tomado medidas q han perjudicado mucho a los profesionales como eliminar la libranza de la guardia de los sábado y poner las 37 horas semanales quitándonos de manera obligatoria 20 euros de la nómina todos los meses.

Eso teniendo en cuenta las contraría laborales temporales a o precarios de la mayor parte de los médicos

Además en la pública se ha notado mucho en algunos hospitales la disminución de presupuesto con un aparataje antiguo q no permite en muchos casos hacer bien el trabajo

17 Mar 2017, 15:03:41: La descentralización del sistema sanitario es un error. Dificulta a todos los ciudadanos que está obligados a vivir "a caballo" entre dos ciudades a disfrutar de una asistencia unificada

17 Mar 2017, 15:27:58: Los autónomos también existen ☺ Demasiadas preguntas económicas en el ámbito personal. La atención sanitaria no depende sólo de la legislación nombrada, por lo que traduce en que este cuestionario tiene una intención. Un saludo . Luis Landin Jarillo col 28/4618995

17 Mar 2017, 15:33:34: no

17 Mar 2017, 15:38:00: No considero adecuada la encuesta esta absolutamente sesgada .

Absolutamente inadecuado incluir la pregunta sobre la opción política .

Mi profesión y mi trabajo como medico son independientes de mi ideología ,he desarrollado mi trabajo con múltiples gobiernos y siempre he actuado igual.

Ningun gobierno me ha impedido realizar adecuadamente mi trabajo

17 Mar 2017, 15:38:47: Mi contrato es interino. Hoy en día esto no significa nada. Nos van apreciar más con la denominada movilidad interna o hablando claramente traslados encubiertos. Esto sucederá anualmente. Además de los traslados habituales. Teniendo en cuenta que en conocer una consulta se tarda mínimo un año no solamente nos perjudicaran a los interinos. También se verá afectada la calidad de la asistencia. Desde el 2015 aquí he visto empeorar bastante mis contratos de trabajo. Nos tuvieron año y medio haciéndonos contratos de días alternando con meses sin saber a ciencia cierta el motivo. En estos cambios me dejaron en paro 5 días. Al pedir prestación por desempleo me lo denegaron. Más maltrato por la administración

Tengo. 60 años. Estos últimos 2 años me han quemado totalmente. Siempre me ha gustado mi profesión pero ahora solo pienso en que corra el tiempo y llegué a la jubilación lo más dignamente posible.

Otra cosa que ustedes no han preguntado es por la lista de espera a los especialistas que he visto aumentar en este último año y medio. En algunas especialidades llega a ser de 6 meses para primera consulta. Si se trata de Cirugía puede ser un año . En el caso de una Cirugía de hernia discal p.ej supone un año de baja laboral. Con los costes económicos que esto supone al Estado.

Se puede mejorar muchas cosas como se ve.

No solo está implicado el profesional. Hay que implicar al paciente. Hacer educación sanitaria a nivel de medios de comunicación. Pero por parte de la Administración no se ve ningún interés

Muchas gracias por su dedicación

17 Mar 2017, 15:38:48: Por favor, cambienlo

17 Mar 2017, 15:40:49: Hay una situación muy frecuente con las usuarias de la Sanidad Pública que hacen uso de Anovulatorios sin que sus médicos de familia realicen control de análisis, de imagen, etc. en contra de lo que nos enseñaron en la Universidad.

Son muchísimas.

17 Mar 2017, 15:45:25: La situación de inestabilidad laboral en el mundo sanitario es una vergüenza. Y los bajos sueldos con alta especialización una ofensa. No se valora al trabajador en ningún sentido. El sistema se aprovecha de la situación con la excusa de la crisis explotando a sus empleados. No cubriendo bajas ni vacaciones y ofreciendo contratos basura en los que no te pagan los fines de semana como si no contaran en tu pensión futura. Y no contando las guardias como tiempo realizado extra para que cuente en las pensiones futuras. Y Recortando excesivamente el sueldo en el tema de bajas laborales.

17 Mar 2017, 15:58:38: ESpero que esto no sirva solo para estadísticas , si no para mejorar las condiciones del medico dentro de la sanidad que cada vez son peores.

17 Mar 2017, 16:05:20: Ausencia de reconocimiento y cuidado al colectivo médico por parte de los políticos y gestores, obligándoseles a utilizar recursos personales para garantizar una buena atención médica. Ausencia de educación para el ciudadano del valor positivo que supone nuestro sistema de salud público. Expresó mi queja ante la venta del sistema de salud público a empresas con ánimo de lucro.

17 Mar 2017, 16:09:33: Soy médico que siempre he trabajado en horario de tarde en atención primaria y no he disfrutado de mis hijos (tengo q trabajar para mantenerlos) y he tenido q contratar a una señora para que los cuide y yo no faltar a mi trabajo. He tenido compañeros en horario de mañana sin hijos : es justo? NO

17 Mar 2017, 16:21:29: Me parece gravísimo que los médicos españoles sean prácticamente los peor pagados de Europa. Por mucha crisis que exista es una profesión con una gran carga laboral, emocional, y un enorme coste personal. Todo ello y tantos años de preparación y sacrificio no deberían estar pagados de esta manera. Es probable que no volviera a ser médico si pudiera tomar de nuevo esa decisión.

17 Mar 2017, 16:24:47: La sensación general es de desánimo.

17 Mar 2017, 16:25:13: Me preocupa la deshumanización de la medicina. El paciente no ser con nombre. Es un número.

17 Mar 2017, 16:30:35: LOS MÉDICOS LLEVAMOS AL MENOS 10 AÑOS CON LOS SUELDOS SEMICONGELADOS Y CON LAS GUARDIAS MAL PAGADAS, ASÍ TAMBIÉN CONTRIBUIMOS AL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO, DESPILFARRADOR EN OTROS SENTIDOS, Y DE ESO NADIE HABLA.

HAY HOSPITALES QUE SE CAEN, LLEVAN MÁS DE 25 AÑOS SIN REFORMAS ESTRUCTURALES

17 Mar 2017, 16:38:09: En general la atención sanitaria privada es mala. Los médicos no están comprometidos con la salud de los usuarios. Las consultas duran 10 minutos o menos, parece una competición En la pública veo más implicación

17 Mar 2017, 16:54:22: Estoy en contra de cualquier tema por obligación y por tanto de todo lo público porque quieran unos privilegiados que así sea. Creo más en la Sanidad Privada por la atención personalizada, rapidez de acceso y trato más amable. Los enfermos no son números, son personas y en la Sanidad privada así son tomados, no en la pública

17 Mar 2017, 16:55:12: YO SOY UN MÉDICO JUBILADO HACE 23 AÑOS

17 Mar 2017, 17:13:23: Se paga poco a los médicos.

17 Mar 2017, 17:19:52: es demasiado amplia, no encuentro que defina los problemas de la Sanidad publica, para mejorarla.

17 Mar 2017, 17:25:10: Mi situación económica familiar es buena o muy buena pero no gracias a mi sueldo como medico, sino a la profesión de mi marido que por cierto no tiene nada que ver con la Medicina, aunque si con la Sanidad. Yo como medico y después de una más que digna trayectoria laboral me siento mal tratada tanto profesional como económicamente por mis "jefes" , que desde luego no siento como los profesionales mejor capacitados para estar en el cargo en el que están.

Muchas gracias

17 Mar 2017, 17:41:56: Animo con el estudio. Espero sinceramente que sirva para mejorar nuestro sistema sanitario.

17 Mar 2017, 17:43:22: El personal medico tanto de los centros publicos como de los que tienen gestión privada ha experimentado una sobrecarga creciente de trabajo (tanto en horas como en numero de pacientes por tiempo determinado), acumulo adicional de tareas administrativas y reducción de ingresos. La repercusión real sobre la calidad asistencia determinada por la morbimortalidad de las personas atendidas practicamente no se valora en el cumplimiento de los objetivos..sin embargo se tienen en cuenta muchas cuestiones adminsitrativas que no deben ser el determinantes sino secundarias en temas de salud.

17 Mar 2017, 17:48:38: darles las gracias

17 Mar 2017, 17:54:03: En medicina de emergencia por su propia gravedad no se aprecia los efectos del referido artículo. Se tratan pacientes puntuales en momentos puntuales

17 Mar 2017, 17:54:36: La sanidad pública es la ideal pero debería de mejorarse en muchos sentidos y hacerse un uso más racional de la misma con menor masificación y valorarse un cierto copago en función de la renta. También controlarse el abuso de las urgencias.

17 Mar 2017, 18:33:55: El sistema sanitario existente en España se mantiene gracias a la vocación de los profesionales y los bajos sueldos existentes. Lo d irectivos son, en general, unos mediocres agarrados al puesto y sin saber que ocurre en la asistencial.

17 Mar 2017, 19:08:58: La precariedad laboral de los médicos en general.

17 Mar 2017, 19:36:13: Espero que los resultados sean analizados detenidamente por el ministerio de Sanidad para hacer los ajustes pertinentes en cada modelo sanitario o hagan un modelo sanitario único con lo mejor de los tres, ya que ninguno es perfecto: en el público con gestión privada el personal está estimado demasiado a la baja, con la consiguiente sobrecarga del profesional sanitario.

17 Mar 2017, 19:36:37: La gestión de la sanidad se debe llevar a cabo por personas q conozcan las necesidades y el trabajo en primera línea y no desde los despachos

Creo q la gestión actual es torpe y si el sistema funciona es gracias al esfuerzo de bastante personal sanitario y no sanitario.

Hay q mojarse y cambiar bastantes cosas

17 Mar 2017, 19:41:21: Nadie tiene porque preguntarme lo que gano ni a quien he votado o no. Para ver como está la sanidad durante la crisis, no creo que sea necesario El colegio de Medicos no debería mandarnos este tipo de encuestas

17 Mar 2017, 19:44:52: Son evidentes las disparidades entre los hospitales con la polaridad Norte-Sur de Madrid. En el sur se destinan claramente menos medios cuando atendemos a una población más "frágil". La sobrecarga laboral en mi servicio es evidente, no se concede un tiempo razonable para atender patologías complejas. En mi hospital la dirección confesó que había un déficit de 50 facultativos. La lista de espera en revisiones consecutivas puede llegar a un año incluso cuando las patologías son severas. Ya lo hemos puesto en conocimiento de la dirección, colegio de médicos y defensor del pueblo.

17 Mar 2017, 19:46:32: Mi contrato es indefinido a tiempo parcial a lo que añado contratos eventuales por días sueltos.

17 Mar 2017, 19:48:08: la laborización de la profesión, con los contratos precarios desmotivan y empeoran la atención

17 Mar 2017, 19:54:02: Trabajo en un barrio de los más desfavorecidos de Madrid, con alto índice de desempleo. Trabajo ahí por opción y por vocación.

El mayor efecto de la crisis más que en la atención sanitaria propiamente dicha lo he notado en la falta de recursos sociales (ley de dependencia va muy lenta y es limitada) lo que repercute gravemente en la salud y atención de los pacientes más vulnerables.

El gasto hay que controlarlo, pero con criterios de eficiencia médica y buscando el bien del paciente y con visión de futuro. Hay que evitar criterios puramente economicistas. Ejemplo hepatitis C: a largo plazo será un gran ahorro y es una gran inversión en salud de la población aunque sea un coste elevado a corto plazo.

17 Mar 2017, 20:00:45: No existe ningún control sobre el gasto que origina el medico

La sanidad publica no debería ser totalmente gratis para el paciente, debería depender de la renta.

17 Mar 2017, 20:06:02: Precariedad laboral, baja remuneración respecto a otros países

17 Mar 2017, 20:07:47: Algunas preguntas son demasiado personales para contestarlas aún teniendo en cuenta el anonimato que afirman existe

17 Mar 2017, 20:15:14: Por favor, creo que necesitamos menos gestores, menos consejeros y más trabajadores de campo.

Nos presionan para gastar menos en Farmacia pero la Medicina está "escrita e investigada por laboratorios" que dirigen sutilmente los pasos que estamos dando y nos dan la información que ellos quieren que nos llegue... (y ocultan datos que no les conviene, asunto que conozco porque si investigas para ellos te piden que firmes la no divulgación de efectos adversos durante la investigación).

Creo fundamental abrir nuevos caminos de tratamiento, teniendo en cuenta Medicinas Complementarias.

La educación en la Salud en medios de comunicación globales sobre la ALIMENTACIÓN APLICADA COMO PREVENCIÓN Y TERAPIA (Aunque no reporte beneficio a la industria farmacéutica)

El fomento, incluso desde la administración pública de Educación grupal en técnicas de RELAJACIÓN - MEDITACIÓN (En hospitales, Centros de Salud, e incluso en Institutos.) ayudaría a un control mucho mejor del estrés que está en el desarrollo de múltiples alteraciones prevenibles Hay investigación de sobra al respecto de los estupendos efectos para la salud de estas técnicas, que están mínimamente divulgadas y se ignoran desde la administración de forma llamativamente preocupante.

La acupuntura también tiene efectos terapéuticos reconocidos por la OMS y es otra Medicina Complementaria que abarataría costes de forma sorprendente si se incluyera en el sistema de salud. Su eficacia en el tratamiento del dolor y lo

barata que es sorprendente.

Se desestima vergonzosamente la capacidad de algunos profesionales que han propuesto colaboraciones en estas u otras terapias para incluirlas en el sistema de salud, y son ignorados y nunca se les escucha. Si se permitiera más tiempo a los profesionales de primaria, y no se les sobrecargara de trabajo, saldrían iniciativas, que aportarían avances y un progreso con ahorro económico enorme.

Faltan Psicólogos para tratamiento de las múltiples alteraciones psicológicas que sufre la población, y que han aumentado tanto con la crisis. La cita con un psicólogo tarda unos 5 meses en llegar, y luego les citan a sesión de 15 minutos al mes.... (injustificable, e insuficiente)

Opino que la solución la tienen delante pero falta desarrollo de la visión. Llevan años recibiendo propuestas de profesionales, y las están ignorando, motivados no se por qué.... No se reciben ayudas a la investigación para el desarrollo e implantación de las Medicinas Complementarias. (Pero mucha investigación está de sobra fundamentada y se está repitiendo, y aún se sigue ignorando....)

Gracias

17 Mar 2017, 20:32:01: La salud no tiene precio, pero los abusos hay que controlarlos y no quitándole al que no tiene ,porque el que puede sigue haciendo la trampa.

La calidad de la asistencia sanitaria la mantienen los profesionales con su trabajo, mal pagado y poco valorado por los gestores.

La sanidad y educación y la justicia nunca debieran haber estado transferidas. Y la sanidad privada con pacientes públicos lo único que hace es exprimir a las arcas del estado ,intentando arañar pacientes que no son de sus zonas básicas concertadas para percibir más dinero. Totalmente desleal,puro negocio. Y La sanidad no puede ser vista como un negocio ,porque en algún sitio esta la trampa y se me ocurren unos cuantos que he visto.

17 Mar 2017, 20:39:30: Me parece imprescindible que se compare nuestro sistema sanitario con el de otros países europeos de nuestro entorno (de cara al usuario). Hace años que no encuentro reportajes o estudios sobre este punto. Nuestros ciudadanos ignoran como es el sistema sanitario nacional COMPARADO con el italiano, el francés o el inglés.

17 Mar 2017, 20:42:15: hay que mejorar la gestión, reduciendo el gasto sin que se deteriore la calidad. tenemos que ser conscientes del coste de la atención sanitaria y evitar el derroche de medios materiales y humanos

17 Mar 2017, 21:32:22: El desencanto general del profesional médico, por falta de incentivos, sueldos congelados y en Madrid a la baja. Por mas carga de trabajo. Por Jefaturas nominadas sin concurso, así que son meros transmisores de directores y gestores hospitalarios, tambien nombrados a dedo

17 Mar 2017, 22:07:08: La única manera de salir de la crisis es limitar la actuación del gobierno, dejar de penalizar el trabajo (IRPF) y dejar de premiar los vagos (subsidios). Y por favor, quitar la democracia. No puede ser que el voto de dos borrachos del bar valgan los mismo que los votos de dos profesores de universidad (es absurdo simplemente). Nadie se extraña cuando hay que sacar el carnet de conducir, y por qué no hay que pagar y sacar el carnet para sufragio (y también un carrera para sufragio pasivo). Seguro que conocen teorema de Gaus y entienden que la democracia es la tiranía de la mayoría sobre los demás (sobre todo es la violencia ejercida sobre los poco que puedan decidir de forma racional). Un saludo!

17 Mar 2017, 22:15:20: Creo que la evolución de la sanidad está en represión y que la sociedad debe definir con precisión las prestaciones,que van a ir quedando excluidas del sistema público. Los presupuestos son insuficientes. Cada persona debe calcular que seguro le interesa para calcular como debe complementar su atención. Las personas o las empresas para sus empleados deberían poder disponer si lo desean de un cheque sanitario para dedicarlo al Seguro que a cada uno le interese

17 Mar 2017, 22:44:42: Los que abogamos por un sistema sanitario enteramente público, echamos de menos mayor control en cuanto a la eficiencia y gestión de los recursos en nuestros centros, así mismo una adecuada planificación y una política con mayor transparencia en áreas como la derivación de pruebas o tratamientos a centros privados, el gasto farmacéutico por paciente en los distintos centros públicos, privados, concertados..

Pensamos que las políticas preventivas activas en las que se identifica al paciente que necesita recursos y se llega a él son las que a largo plazo conducirán a una mejor salud global de la población.

Así mismo somos conscientes de la gran variabilidad que existe en la atención en sanidad privada, predominando la hipermedicalización y la realización de exámenes y cribajes muchas veces no abalados por la evidencia científica.

17 Mar 2017, 22:58:14: Precisaría un copago en la asistencia de urgencias y en la hiperfrecuentacion

17 Mar 2017, 23:04:41: mi trabajo prácticamente se reduce a la actividad docente en psiquiatría y medicina legal. y eventualmente a informes periciales medico legales psiquiátricos.

18 Mar 2017, 00:04:07: Corrupcion de los gerentes

Gente que no va a trabajar en hospitales pulicos

Burocracia exagerada en gestionnde hospitales publicos

18 Mar 2017, 00:12:03: ESTIMO NECESARIO INVERTIR MAS EN EDUCACION PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA YA QUE LA EDUCACION ES BASICA PARA DESARROLLAR PATRONES SALUDABLES DE VIDA , POR LO CUAL HAY GRANDES PROBLEMAS DE SALUD TALES COMO:

EXCESO DE VIOLENCIA EN NIÑOS Y JOVENES

NO IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL POR PARTE DE LOS PADRES , ES EL CASO DEL TRASTORNO DE APRENDIZAJE, PROBLEMAS CON EL PATRON DE GENERO YA QUE AUN QUEDA POR VER QUE ES LO NORMAL PARA LA SOCIEDAD LA FAMILIA HETERO O LA HOMO, ME PREGUNTO¿ SI CADA ORGANO SEXUAL TIENE UN USO FISIOLOGICO, HASTA DONDE ES NORMAL CAMBIARLO?

LA DISCRIMINACION POR PREFERENCIAS SEXUALES NO SE PUEDE CONFUNDIR CON LO NORMAL O LO ANORMAL EN LA SOCIEDAD , ESTIMO QUE LA IMPERFECCION ES RASGO DEL HUMANO PERO NO JUSTIFICA ENFOQUES SCIALES EXTRALIBRES QUE LLEVEN A CAMBIAR TOTALMENTE EL FUTURO DE LA FAMILIA HUMANA

18 Mar 2017, 00:35:29: El sistema nacional de salud se sostiene gracias a los sueldos de vergüenza que se les paga a los facultativos. Clama al cielo. Yo me dedico a la privada después de renunciar a mí Plaza de interino en base al sueldo y al horario, totalmente insultante.

18 Mar 2017, 00:57:51: Soy autónomo privadamente, y suplente en la seguridad social de forma eventual.

Cobro de media bruto en la consulta unos 1200-1900=80 muy variable , a deducir IRPF, RETA, Y GASTOS,

18 Mar 2017, 01:10:48: El abordaje de una reforma de la Sanidad es ineludible, desde la concepcion de una Sanidad publica universal sostenible, para ello hay que hacerla eficiente, todos los servicios conocen sus areas de mejora y lo que se puede y debe mejorar, lo primero de todo el recorte de despachos, gestores, directores, subdirectores y areas dentro dd cada consejería, que es uns maraña de ineficiencia

18 Mar 2017, 01:23:26: Si la Sanidad continua con los recortes , todo lo que ha costado tanto conseguir durante muchos años de esfuerzo, Se esfumara en poco tiempo.

18 Mar 2017, 01:53:44: mejorar la oferta de empleo laboral, decoroso segun el objeto social de cada desempeño segun peril y nivel de responsabilidad

18 Mar 2017, 02:52:43: La encuesta no contempla situaciones peculiares como el ejercicio de 2 especialidades médicas o el haber cambiado de especialidad durante este periodo 2008-2016. NO creo correcto el preguntar varios datos de filiación aunque preguntar a quien se votó¿Cómo garantizan la confidencialidad? . NO confío en el buen uso de estos datos; conozco bien la UCM

18 Mar 2017, 07:42:06: Gracias por esta iniciativa, me encantaría conocer el resultado de vuestra encuesta

18 Mar 2017, 08:17:50: Recalcar que en mi caso personal, a pesar de que me encanta mi profesión después de 22 años ejerciéndola, vengo sufriendo una desmotivación profesional franca los últimos años en relación con el trato cada vez más

hostil y amenazante que vengo sufriendo cada vez más por parte de algunos pacientes (trabajo en Móstoles). El respeto al médico está en crisis también y la población cada vez nos ve más como instrumentos que deben facilitar sus exigencias, no como profesionales con criterio que cuidan de su salud y les entrenan para que también lo hagan ellos. Una pena, porque todo esto ayuda a tratar al paciente de forma menos empática. La medicina defensiva no es el paradigma a seguir.

18 Mar 2017, 09:20:44: Creo imprescindible una revisión del sistema de trabajo en Primaria jji

18 Mar 2017, 09:23:54: los médicos hemos perdido poder adquisitivo de manera constante. Parece mentira que un estibador que no ha cursado el bachillerato gane mucho más que un médico.

18 Mar 2017, 09:34:38: La crisis para los profesionales facultativos ha supuesto una reducción de ingresos de entre el 30-40%. Las cargas económicas familiares son iguales o mayores. La burbuja inmobiliaria mantiene préstamos hipotecarios elevados por precios desorbitados de viviendas actualmente devaluadas. La presión asistencial se ha incrementado, aumentando el nº de pacientes y disminuyendo el tiempo disponible.

18 Mar 2017, 09:39:32: Estoy jubilada hace menos de un año, tengo un modesto ahorro fruto de mi vida laboral, tengo dos hijas independizadas, a ambas las ayudo económicamente, una de ellas tiene una hipoteca que no puede pagar con sus ingresos familiares, su marido quedó desempleado, ahora es autónomo con pocos ingresos. Mi otra hija, separada, necesita ayuda para pagar el alquiler, lo haré mientras pueda. MI CASO NO ES UN CASO AISLADO, ES FRECUENTE EN MI ENTORNO PRÓXIMO.

18 Mar 2017, 09:50:13: Agradezco la preocupación por parte del colegio. Considero imprescindible una reflexión de forma urgente. Nadie evalúa la situación de la Sanidad Pública que se deteriora a pasos agigantados por la dejadez de unos gestores cuyo asiento depende del partido que gobierna y a quienes no se les exige que hagan bien su trabajo.

18 Mar 2017, 11:04:42: Estoy jubilado

18 Mar 2017, 11:23:12: Creo imprescindible profesionalizar la gestión

Los profesionales en la sanidad están en unas condiciones de trabajo inaceptables (muchos contratos precarios, falta de tiempo para atender a los pacientes, pérdida de poder adquisitivo y represalias a las personas que defienden los derechos laborales y la calidad asistencial. Creo que hay que mejorar la gestión y exigir a los profesionales que trabajen pero respetando esos dos aspectos y motivando a los trabajadores

18 Mar 2017, 11:52:17: Como profesional sanitaria me gustaría tener más tiempo en consulta por paciente y no estar atendida a tanta presión asistencial

18 Mar 2017, 11:55:45: En pediatría no se ha notado un empeoramiento en la atención al paciente con la crisis pero a menudo esto es a costa de una mayor implicación por parte de los profesionales sanitarios, debido a los recortes en personal.

18 Mar 2017, 11:57:44: La crisis ha obligado a cerrar consultas de carácter privado trabajando para sociedades médicas potentes (Asisa, Adeslas...) nadie se ha preocupado de esos profesionales

18 Mar 2017, 12:43:33: Me parece que el sistema muy humano a pesar de lo árido del ambiente hospitalario, el personal conoce sus funciones y las hace en el tiempo estimado. A pesar de la deshumanización que implica las grandes redes públicas, en España es considerablemente más humana y justa que en la mayoría de países. Vengo de Vzla y el sistema allá es un fracaso. Me siento muy satisfecha de trabajar aquí, porque tiene un perfil claramente de justicia social, y creo que a medida que pase el tiempo mejorará

18 Mar 2017, 13:20:09: Estoy jubilado desde 2010. Mantengo una pequeña consulta de pediatría, totalmente privada, sin aseguradoras (¡que alegría!) que me ayuda económicamente y a mantenerme en forma, dejándome mucho tiempo libre.

18 Mar 2017, 13:25:10: Sanidad pública requiere una buena gestión profesionalizada. Preguntar a los profesionales. Poner en jefaturas líderes y no jefes con características antiguas, poco cualificados, "trepas" y afinidad política. Evaluación de resultados- Calidad real- Motivación- Promoción de los que trabajan bien acompañada de productividad económica diferenciada

18 Mar 2017, 14:01:20: Se me dejaron de pagar finiquitos por parte de una administración pública de una comunidad autónoma. Abogados me aconsejaron no reclamarlo porque a quien ha reclamado, ha habido comunidades autónomas que han dejado de llamar a profesionales de la bolsa de trabajo que reclamaron. En una ocasión, en Urgencias de un hospital muy grande, hubo pacientes que esperaron desde las 13 horas hasta las 20 horas sin ser atendidos (fuera incluso del periodo principal de gripe); en ese momento todos se pusieron a gritarnos y a agitarse/amotinarse. Aún no sé por qué ese día conseguí terminarlo sin ser físicamente agredido. Curiosamente trabajábamos en espacios sin renovar desde 1950 o 1970, mientras pabellones de especialidades habían sido renovados.

Con el reforzamiento de "políticas lingüísticas", cada vez es más difícil desplazarse a esas comunidades a trabajar, ante el riesgo de expedientes, maltrato, y/o agresiones. El acoso de todo tipo está cada vez más disparado, se pierde todo el respeto ante el personal eventual.

Apenas hay ofertas públicas de empleo para el personal sanitario.

La desorganización en los servicios de Urgencias va en aumento.

¿Qué esfuerzo hacen las organizaciones en mejorar la situación, a nivel de estructura y/o personal?

¿Qué control hay sobre la gestión "público-privada"? ¿Qué ocurrió en "Ribera-Alzira", a pesar de los millones presupuestados?? ¿Qué hospitales tienen más presupuesto en Madrid?

Se quiere contratar personal que abarque las funciones, en una sola persona, de 2 ó 3. Han empeorado los convenios laborales, casi de forma unilateral (el XHUP de Catalunya desapareció). Lo más habitual es que o no haya personal de seguridad en Urgencias, o si lo hay sea una única persona para un servicio enorme.

Los colegios médicos publican cada vez más "ofertas" de trabajo en el extranjero, pero dichas "ofertas" no se sabe exactamente la calidad/legitimidad de los "sponsors" que las ofrecen (pueden ser "falsas"). Además exigen un nivel muy alto de conocimientos idiomáticos, por lo que la mayoría no sirven.

Además, ahora se está promocionando la "validación": dicha validación del personal se quiere aplicar en plena crisis económica en la que el paro del personal médico ha aumentado, paradójicamente, y con muy escaso tiempo de "preaviso" de esa nueva medida en el territorio nacional.

Mis facturas a pagar por los servicios y alimentos aumentan.

¿Quién puede mantener niños?

¿Qué pasará con la seguridad social?

¿Qué pasa con los informes que hizo el Defensor del Pueblo sobre urgencias?

¿Qué ocurre con la pobreza y desigualdad -OCDE-???

Los seguros que cubrían los costes de indemnizar los errores médicos ya no quieren renovar sus pólizas (con las Comunidades Autónomas): Valencia, Asturias, etc...

Se paga la asistencia en sanidad privada a pacientes de la pública a los que se les hacen ofertas para operarse en concertada o privada. Si eligen operarse en la pública, se les "desvía" a vías lentas.

Ofertas de 900 euros para trabajar de médico en Ceuta.

18 Mar 2017, 14:53:33: La falta de reconocimiento a los profesionales. Los profesionales son tratados con desconsideración. No se valora la buena praxis. Los jefes no son evaluados ni destituidos. Todo ello repercute en el desánimo de los profesionales que cada vez tienen una mayor carga de trabajo y un menor reconocimiento. Con las consecuencias que esto tiene para la atención a los pacientes

18 Mar 2017, 15:47:48: Es una lastima que tanto recorte este perjudicando seriamente el sistema sanitario que hemos tenido anteriormente

18 Mar 2017, 16:34:04: El sistema sanitario público español es excelente de forma global aunque su gestión es deficiente. He trabajado en Suecia y Canadá y en estos países tradicionalmente concebidos "modelos" sanitarios en España el sistema sanitario es mucho peor: en Suecia hay copago de 20=80 por cada visita al centro de salud o 35=80 si es

especialista. La lista de espera para ver a un medico de atencion primaria en Canada es de media un año, aunque varia segun provincias, y sus urgencias están colapsadas, de modo que para procesos banales el ciudadano tiene que ir a centros de atencion primaria privados para no estar esperando 12 h en urgencias. Para terminar, lo más triste del sistema español es que está basado en un sueldo muy bajo de sus profesionales que tienen que complementar sus ingresos con sanidad privada muchas veces.

18 Mar 2017, 17:19:27: Ojala sirva para algo.

18 Mar 2017, 17:30:12: Un besito para todos aquellos que se han forrado a costa de jugar con los cadáveres en la universidad complutense, que no han devuelto un duro, no han tenido ningun castigo y que seguramente estan ligados a esta estudio

18 Mar 2017, 18:32:48: Desde hace más de una década apreciamos decisiones de organización y gestión que parecen encaminadas a la privatización paulatina de la Sanidad, al menos en la Comunidad de Madrid. La externalización de diferentes servicios y la dificultad en la autogestión hace que los resultados no sean de la misma calidad que previamente.

18 Mar 2017, 19:55:20: No deben hacer preguntas que sesguen su estudio. Son sospechosos de tener conflictos de intereses por sus preguntas. Su cuestionario quiere demostrar su hipótesis, No está bien realizado

18 Mar 2017, 20:14:07: La demora en las citas .

18 Mar 2017, 20:17:25: La sanidad española actual no funciona porque los políticos que la gestionan NO QUIEREN. No hay interés en gestionarla de una manera adecuada. Está demasiado politizada y SOLO LES IMPORTA EL GASTO independientemente de su repercusión en la salud de los pacientes. DEBERIAN OTORGAR MAYOR PARTICIPACION AL COLECTIVO MÉDICO, que es el que realmente conoce los puntos débiles y solucionables.

Debería transferirse la gestión de nuevo al estado. No tiene sentido su gestión por comunidades.

Existe mucha desigualdad de trato a los pacientes, tanto entre comunidades como entre los propios hospitales públicos y públicos de gestión privada. Esto repercute de una manera muy peligrosa en la salud de los pacientes por la manera de ejercer de los médicos y por la atención de los pacientes.

Además el sueldo del colectivo médico también es distinto entre hospitales públicos y públicos de gestión privada.

Por último destacar la cada vez mayor humillación y peor valoración del colectivo médico por parte de los políticos que gestionan la sanidad.

18 Mar 2017, 21:05:14: Tengo 4 hijos

18 Mar 2017, 21:20:28: Me parece un cuestionario poco fino sobre los efectos del copago farmaceutico.

En España yo pago por una estatina 3 =80/mes, en Reino Unido, con sistema similar al nuestro, pagaria 28 Libras... :-(. Nadie habla de evolucionar a un sistema tipo Bismark como en Francia, Alemania y al que han migrado Países Bajos y Países Nórdicos en los últimos 10 años.

18 Mar 2017, 21:26:14: El ahorro en sanidad debería comenzar por una, buena asistencia al cronico, anciano en su domicilio

18 Mar 2017, 21:29:00: El partido al que pertenezca o mis ingresos no debe ser considerado en la encuesta es un abuso

18 Mar 2017, 21:29:07: 2000 euros netos al mes en la administración pública, incluyendo los trienios. Fija por oposición. Cuatro hijos.

Cada vez más difícil llegar a fin de mes.

18 Mar 2017, 21:57:22: Cuando trabaje todo el personal con objetivos e incentivos, el sistema mejorará. No puede funcionar un sistema en el que cobras igual hagas lo

Que hagas. A los mejores hay que pagarles más.

18 Mar 2017, 22:19:30: Que piensan hacer con los resultados de la encuesta. ¿Sentarse a la mesa de negociación? ¿Dar una rueda de prensa promocional? Es decir postureo como lo que vienen haciendo

O sacar conclusiones y ponerse a trabajar por la Sanidad y mejorar las condiciones de los Médicos? Espero que sea esto último aunque tengo escasa confianza de que ocurra esto

18 Mar 2017, 22:39:39: No puedo contestar a las preguntas 2 y 3 porque estoy jubilado desde hace año y medio.

18 Mar 2017, 23:07:39: Sirve para algo

19 Mar 2017, 03:57:12: Empleos de mierda

19 Mar 2017, 08:18:10: Aumento de la brecha social y reproducción de los mismos errores que previos a la crisis, falta de aprendizaje en general y manipulación para que no cambie nada porque si no "esto se hunde"...para el que no está hundido

19 Mar 2017, 08:26:21: Creo que todos deberíamos implicarnos en intentar reducir el gasto sanitario, pero dentro de un sistema público

19 Mar 2017, 09:32:52: Parte de mis ingresos, aprox el 20%, proceden de hacer guardias. Es una parte del trabajo muy dura que abandonare en unos años (si me dejan) y entonces los ingresos se verán reducidos.

Destaco tambien la inestabilidad: soy interina hace 8 años. Y aún hay muchos compañeros con peor situacion (eventuales)

19 Mar 2017, 09:53:02: No

19 Mar 2017, 09:54:19: .

19 Mar 2017, 10:39:34: No sé a que vienen ciertas preguntas que atentan contra la intimidad personal del individuo y que por supuesto he dejado en blanco.

19 Mar 2017, 10:59:26: Me parece muy interesante y ojalá puedan llegar a publicar los resultados.

Las crisis pueden llegar a ser una oportunidad, si hay talento y voluntad para aprovecharlas. Desgraciadamente, en nuestro país , solo han significado un desmantelamiento del SNS al que hemos dedicado toda nuestra vida muchos profesionales y que era un pilar del estado de bienestar para TODOS. Gracias.

19 Mar 2017, 11:17:43: Gracias por hacer encuestas así y sólo espero que sirvan par algo

19 Mar 2017, 12:27:11: considero inadecuada las preguntas personales en cuanto a votación de partidos etc teniendo en cuenta que la encuesta no es anónima al ser enviada por email

19 Mar 2017, 12:48:09: Mucho éxito en el estudio.

19 Mar 2017, 12:52:14: sobran cargos directivos en sanidad y faltan medidas de incentiación para los profesionales.

Se ha iniciado un modelo sanitario (Quirón Salud) que va a suplantir al tradicional sistema con la única mejora para os paciente de ser "un parque de atracciones " donde el paciente está muy confortable pero debajo, no hay medicina de calidad. Es un escenario bonito de un teatro con actores mal pagados, mal tratados , esclavizados y abrasados . Y esto no es poner al paciente en el centro, esto es "contentar al paciente" con bonitas sonrisas y palmaditas en la espalda además de televisores de plasma en las habitaciones y comida para el acompañante como medida de atracción a estos centros.... eso no es medicina , es Hostelería.

19 Mar 2017, 13:40:48: ojala sirva para demostrar lo injusto del real decreto y de la falta de inversión en el sistema sanitario

19 Mar 2017, 13:59:14: La salud pública se debe mantener dando menos contratas a lo privada y con esto fortalecerla ya que por intereses económicos se le quiere destruir para que los grandes consorcios de salud (monopolios) quieren incas el diente para lucrar con nuestra salud

19 Mar 2017, 14:06:30: Deterioro social de la figura del médico

19 Mar 2017, 15:19:39: la pregunta 25 la considero inapropiada

19 Mar 2017, 17:41:34: Hay preguntas inconvenientes

Mi situaci=A8=AEEn econ=A8=AEmica y mi tendencia pol=A8ªtica no debe ser objeto de estudio, s=A8=AElo mi opini=A8=AEEn profesional.

19 Mar 2017, 18:02:16: La situación económica de los médicos que trabajamos en la Sanidad Pública es deplorable, con unos ingresos anuales tercermundistas y con unas condiciones laborales de total explotación. Nos obligan a tener unos

conocimientos y preparación muy costosas personal y académicamente y mucha responsabilidad para ganar 200 euros más que un celador al mes y muchas veces menos que una enfermera. Tampoco sé que labor realiza el colegio de médicos porque no veo que defienda nuestra profesión ni en el ámbito público ni privado.

19 Mar 2017, 18:03:00: La S Social es buena cuando consigues llegar a tiempo, el sistema de citas con una espera de 3 a 4 meses es inaceptable. No es una solución que te den la cita mas precoz en otro centro alejado.

Si no fuera por las muchas personas que acuden a consultas privadas para especialidades sería incapaz el sistema de sostenerse y no puedo entender porque muchos medicos de cabecera no recetan lo que no este indicado por el especialista, siempre q sea adecuado.

19 Mar 2017, 18:13:50: Aunque estamos en ese renglón estamos con hipoteca, pago de coches de gama intermedia-baja, comida cara, servicios que nos impiden ahorrar y no vivimos con lujo ni en zona cara

19 Mar 2017, 18:47:02: creo q es difícil dejar reflejados los últimos aspectos de la sanidad pública tal y como está redactada la encuesta. el problema fundamental es el recorte de presupuestos y desviación a hospitales de gestión privada. Se paró algo con la huelga pero sibilinamente se sigue haciendo. hay una gran disparidad de recursos entre públicos y gestión privada

19 Mar 2017, 20:03:50: TENEMOS UNA SANIDAD IMPRESIONANTE CON UNOS PROFESIONALES SENSACIONALES.

LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LOS PROFESIONALES NO COINCIDEN CON LOS OBJETIVOS "POLITICOS"

19 Mar 2017, 22:52:12: No me parecen procedentes las preguntas sobre ideología y sobre todo el voto

19 Mar 2017, 22:59:18: Enfatizar el peligro que para la calidad de la Sanidad supone el giro hacia las aseguradoras privadas, las multinacionales y los fondos de inversión como fuente muy principal de prestación de servicios sanitarios. Y el cambio de concepto de "paciente" a "cliente".

20 Mar 2017, 00:24:14: Que NO se politalice y parece llevar ese aire politico

20 Mar 2017, 00:53:47: No se tiene en cuenta al profesional

no se controla a los gestores

20 Mar 2017, 01:14:25: Un ejemplo, cuando los pacientes faltan a sus citas sin cancelarlas, privando a otras personas de aprovechar esa cita y demorando la atención en algunas especialidades a meses, considero, que habría que penalizar de forma simbólica esa falta de consideración, con un coste simbólico, que se emplease en tratamientos contra el cancer, investigación... Es una forma de concienciar a la población que esta sanidad tan excelente tiene un coste y di no lo cuidamos podría llegar a perderla...

20 Mar 2017, 01:18:04: Que vergüenza de encuesta.... más partiendo de una universidad.

20 Mar 2017, 09:04:38: Para aclarar mi situación laboral. Soy médico de familia desde 2005, y desde 2013 MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Gracias

20 Mar 2017, 09:36:54: gracias

20 Mar 2017, 10:37:26: La crisis ha influido en que se les aprieten aún más las tuercas a los MIR.

20 Mar 2017, 10:56:55: La Sanidad Española es reconocida internacionalmente como una de las mejores del Mundo, por su trayectoria en beneficio de los pacientes de manera universal, con unos profesionales demandados por su formación y vocación ejercida de manera ejemplar en multitud de casos.

La politización del Sistema Sanitario (debida a la gran cantidad de recursos que maneja) ha traído como consecuencia su mercantilización hasta el punto de excluir al enfermo que no tiene recursos, lo que va en contra de la esencia de la Medicina. Creo por tanto que se ha hecho un daño irreparable al Sistema creado de difícil solución. Los jóvenes profesionales no tienen acceso al mismo y tanto en medicina como en enfermería se ven obligados a emigrar a otros países que los demandan de manera preferente, mientras España soporta el coste inmenso de su formación y se predica una asistencia publica/privada tendente a la privatización

20 Mar 2017, 11:26:01: Creo que sería importante recoger la edad de las personas que hemos realizado la encuesta.

Me ha faltado alguna pregunta de salud diferencial de mujeres y hombres. La crisis no afecta igual a unas y otros.

20 Mar 2017, 11:27:06: Algunas preguntas no deberían ser formuladas por ser de índole privada, por ejemplo partido político o ingresos. No creo que sean tan necesarios para la encuesta.

20 Mar 2017, 12:11:19: Por favor, revisen los baremos de los honorarios médicos de las Entidades de Aseguradoras Médicas, "congelados" desde antes de la " crisis".

Aunque se ha expuesto en el Colegio de Médicos, las Mesas Redondas no han servido para nada.....

20 Mar 2017, 12:13:37: La pregunta 7 está erróneamente planteado. El acceso a pruebas y tratamientos en los diferentes modelos sanitarios es diferente, pero no siempre ligado al coste, sino a la mala gestión. Así por ejemplo, en los centros privados el acceso a pruebas es mucho más extenso, por caras que sean, ya que es lo que espera al paciente (y se realizan muchas no indicadas); en cambio en la pública convencional la mala gestión tradicional conlleva demoras innecesarias para pruebas y tratamientos básicos.

20 Mar 2017, 16:22:57: La sanidad pública de este país supera con creces la de muchos países, pero la mala gestión de todos sus recursos (personales, materiales e inmateriales) empobrecen y amenazan con el declive de esta, en detrimento final de la población que la usa. Además el colectivo usuario no tiene conciencia del gasto público que implica cada acto y a su vez conlleva a la mala utilización de este (más gastos económicos, materiales y de disconfort del paciente y del personal que trabaja en los centros), a diferencia de lo que sucede en el ámbito privado en donde un porcentaje pequeño pero mayor al del sistema público si tiene más conciencia de lo que puede implicar cada acto.

20 Mar 2017, 16:29:40: En ésta encuesta no preguntan si la inestabilidad laboral de los médicos deteriora la atención de los pacientes.

Ahora estamos con contratos por horas, por días, por guardias y nos cancelan los contratos en cualquier momento lo que impide que tengamos un conocimiento completo del paciente y un seguimiento (tanto en la privada, como en la pública como en gestión privada) y al final cada consulta lo esta viendo alguien distinto lo que aumenta los costos por hospitalización y por demanda de pruebas que probablemente podrían evitarse con el seguimiento.

No preguntaron sobre el ahorro en personal sanitario. Si lo hubieran hecho les aseguro que estarían abordando uno de los problemas cruciales en este momento. Porque no lo hicieron?.

20 Mar 2017, 19:25:15: Creo. Hay que pagar mejor a los prosionalea pero con un salario variable según su eficacia y con controles de calidad

Hay que introducir el copado como los pais es más avanzados de Europa

Enseñar en la carrera economía de la salud

A los pacientes enseñarles educación sanitaria en los colegios

20 Mar 2017, 19:27:50: Una de los problemas añadidos en la escasez de personal. Obviamente, la tan manida calidad de la asistencia se ve mermada si en vez de 10 hay 5 profesionales.

20 Mar 2017, 19:28:01: En mi opinión: La calidad de la atención depende del PERSONAL sanitario (factor humano). El sistema público desvincula la relación directa paciente-dinero y en este sentido, preserva la atención de los pacientes mas complejos y pluripatológicos que podrían estar "estigmatizados" en un sistema privado. Como inconveniente "todo vale", es decir se premia por igual al que trabaja muy bien, bien, regular o mal, y no se miden parámetros realmente relacionados con el trabajo bien hecho, solo estancias medias, numero de 1º vistas y indice sucesivas/primeras. Como médico y comparativamente hablando (otras profesiones, preparación, responsabilidad, riesgos..) no me siento bien pagado. Muchos compañeros de la Pública están "quemados". Por otra parte no creo que el ciudadano medio sea consciente del dinero que cuesta mantener el sistema sanitario actual.

20 Mar 2017, 19:30:25: Debe mejorarse la capacitación de los gestores para poder mejorar la actividad en los Centros Sanitarios y debe propiciarse la participación de los profesionales.

20 Mar 2017, 20:31:45: los médicos españoles somos los peor pagados de Europa, ésta y no otra será y está siendo ya , la causa principal del deterioro de la calidad de la asistencia y de la salud de la población. Investiguen por ahí.

20 Mar 2017, 21:24:48: Me parece una encuesta tendenciosa, que deja de lado los problemas de aquellos que hacen la sanidad, que son los sanitarios

20 Mar 2017, 21:52:25: la Sanidad Pública debe de contratar mas personal sanitario para que las listas de espera no sean kilométricas con mejor control de Hacienda de los que mas tienen para que paguen mas impuestos. Esto resume mi posición ideológica

20 Mar 2017, 22:11:29: La crisis afecta, pero se pueden sacar dais positivos: racionalización de recursos limitados; copago para evitar abusos en un sistema viciado y abusado; menos pruebas y tratamientos que Sabemos innecesarios y que evitan gasto y efectos secundarios o iatrogenia

20 Mar 2017, 23:26:08: somos cinco de familia

21 Mar 2017, 00:56:47: Que sirva realmente para " tomar conciencia y modificar la realidad sanitaria actual"...sino se queda en "datos "...ya tenemos demasiados...

21 Mar 2017, 01:06:53: Algunas de mis respuestas tienen un valor estadístico limitado, porque en emergencias se atiende a todos los pacientes que lo precisan y con igual calidad, sin las limitaciones del Real Decreto-Ley 16/2012.

21 Mar 2017, 08:44:56: Me hubiera gustado contestar la encuesta, pero la Medicina General, y aún quienes tenemos ese título solo tras realizar la licenciatura no figura; quiero creer que no estamos encuadrados en "otros". Un saludo y suerte con la investigación.

21 Mar 2017, 09:17:03: La gestión sanitaria es muy deficiente. Antes de recortar gastos habría que gestionar mejor los recursos. Con una buena gestión se acabarían las listas de espera y se mejoraría la calidad asistencia. Creo que el debate sanidad pública privada, es un mal planteamiento para mejorar la asistencia sanitaria. El problema real, según mi opinión, sería: ¿como mejorar la gestión sanitaria pública? y ningún partido político lo está planteando. Mientras se siga planteado como un tema ideológico izquierda-sanidad pública y derecha-privada, no se mejorará la asistencia sanitaria.

21 Mar 2017, 09:57:30: esta encuesta es engañosa ¿ a que viene lo de la votacion?

21 Mar 2017, 12:30:30: Creo importante, con una asistencia sanitaria casi universal, insistir en aumentar la calidad asistencial, y aumentar las referencias o liderazgos de esa calidad asistencial

21 Mar 2017, 13:32:42: Creo que la crisi económica anivel de salud ha perjudicado alos mas débiles con menos recursos. Creo que deben de tomarse medidas educativas para un buen uso de los recursos sanitarios y cuidarse mejor al personal, humano a nivel de reconocimiento y a niveleconomico

21 Mar 2017, 14:35:14: Creo que la manera en que realizan las preguntas tiene un sesgo hacia relacionar el Real Decreto-Ley 16/2012 con un empeoramiento de la atención sanitaria.

21 Mar 2017, 14:42:40: Preguntan mucho si se han reducido las peticiones de pruebas, y ha sido al contrario. Probablemente por el escaso tiempo y la menor implicación, se piden muchas pruebas, algunas que no son necesarias. No se analiza esto en los indicadores de gestión. No se analiza en realidad la eficiencia en términos reales de salud para los pacientes, sino de "actos sanitarios" o "pruebas". Hay mucha menor implicación en el resultado de las actuaciones sobre los pacientes, y despersonalización El gasto no se ha racionalizado en absoluto. El mal trato al personal ha dado lugar a mucha indiferencia respecto del propio trabajo y los pacientes en un ambiente tradicionalmente vocacional. Sería muy interesante (y probablemente difícil) hacer un trabajo más a fondo sobre esto, midiendo variables que permitieran valorar el deterioro "cualitativo". Les animaría a ello

21 Mar 2017, 14:43:15: Con la crisis, se trabaja mas con el mismo o menor sueldo. La calidad asistencial es la misma, pero los medios, sanitarios y hosteleros de los hospitales son menores. Hay que continuar mejorando la gestion y cuidar al personal sanitario.

21 Mar 2017, 15:47:37: Los problemas de la sanidad publica son excesivo control de la actividad médica por gerentes-farmacéuticos-informaticos-inspectores ... con una burocratización y trabas excesivas, reduccion importante de sueldos del personal médico, desmotivación del mismo, regionalización de la asistencia, listas de espera excesivas, derivación de pacientes a centros privados, congelación de la carrera profesional etc. mas que en el simple recorte de pruebas o farmacos.

21 Mar 2017, 15:48:21: se debería aumentar el tiempo por paciente en consulta, no debería haber forzados salvo casos vitales, y si hay mucha demanda se debería poner más médicos en esos centro de salud. habría que revisar los centros que teóricamente cubre gran población pero que luego solo tiene 8 o 15 pacientes por consulta y tal vez repartir las zonas, además hay centros de salud como centros de referencia, que no son los más cercanos al domicilio del paciente y esos se deberían redistribuir y que el paciente tuviese acceso al centro de salud más cercano a su domicilio

21 Mar 2017, 17:02:19: La sanidad universal pública es un derecho que no debe ser minorado por decisiones políticas y un importante instrumento de cohesión social en nuestro país.

21 Mar 2017, 18:29:26: soy cirujano y jefe asociado jubilado con un contrato especial por consultor senior

21 Mar 2017, 19:27:35: Se podrían hacer grandes cambios en la gestión de la sanidad pública, sin tener que recortar pruebas, tratamientos, etc. Como por ejemplo valorar qué pruebas son realmente necesarias, educación sanitaria, hacer un correcto uso de los servicios de urgencias, etc. A veces observo que se despilfarra el dinero en los hospitales y por otro lado se están restringiendo tratamiento y pruebas complementarias, etc.

En general, observo que se ha disminuído la calidad del sistema público de sanidad desde hace unos años. Con la crisis ya se notó y con el RD se notó bastante más.

21 Mar 2017, 20:11:10: Gracias por preguntar sobre el desaliento, parece que hasta que no se hace estadística no duele; o a lo peor es entonces cuando no duele.

21 Mar 2017, 20:49:27: Creo que habrá un fuerte sesgo y las personas de izquierdas tenderán a contestar más pero con una visión muy sesgada de la realidad.

21 Mar 2017, 23:54:27: Creo que la atención mejoraría mucho si a los médicos de sanidad pública y a los gestores se les remunerara en función de su actividad como ocurre en la privada. De esa manera se evitarían desigualdades y frustraciones de muchos médicos que ven como su trabajo no se ve valorado de ninguna manera puesto que médicos que hacen mucha menor actividad reciben las mismas retribuciones

22 Mar 2017, 02:35:05: Pésima valoración a personal sanitario en general.
Pésima retribución salarial a personal sanitario.
Abuso enorme de empresas subcontratadas por Administración pública para contratación de personal sanitario.
Desinterés de Administración pública por personal sanitario.
Pésima retribución salarial a personal sanitario por empresas privadas.
Escisión de compañerismo y solidaridad entre personal sanitario en general.
Desmotivación profesional en personal sanitario.
Estrés y angustia laboral y profesional en personal sanitario.
Disminución de empatía y atención de mejor calidad a pacientes.
Aumento de riesgo de disfuncionalidad en personal sanitario.
Finalmente:
Deseable conocer resultados de encuesta, según objetivos
Gracias por vuestro esfuerzo e interés.

22 Mar 2017, 10:10:18: No me parece adecuado preguntar si soy de izquierdas o de derechas y a quién he votado. A pesar de que la encuesta sea anónima.

22 Mar 2017, 10:30:58: Creo q el personal sanitario es el gremio peor pagado en España respecto a su categoría.
(Irrisorias y vergonzosas si las comparamos con cualquier otro país de Europa) Las condiciones en q hoy trabajamos son

abusivas, inadecuadas, e injustas, repercutiendo sin lugar a dudas en la calidad de la asistencia. Es muy frustrante!! Si no fuera porque es totalmente vocacional, creo q cada día habría menos gente dispuesta a dedicarse a esta preciosa profesión. Es realmente decepcionante.

22 Mar 2017, 12:21:38: creo que en sanidad como en enseñanza debería haber un gran pacto nacional y que los partidos políticos se preocuparan más de las personas y menos de su propaganda electoral. También creo que la Sanidad como cualquier otro asunto importante debería estar en manos de auténticos profesionales y no de políticos advenedizos, ególatras y narcisistas.

22 Mar 2017, 18:19:31: se deberían hacer mas encuestas para saber que opina el ciudadano. Se llevarias muchas sorpresas

22 Mar 2017, 19:13:37: si todo sigue igual estaremos mucho peor.

22 Mar 2017, 19:50:06: TENGO QUE MANTENER A UNA HIJA DE 29 AÑOS MADRE SOLTERA, A MI HIJO DE 20 AÑOS CON NEUROPATIA AUTOINMUNE Y MI NIETA DE 9 AÑOS, ESTOY DIVORCIADA Y SOLA.

22 Mar 2017, 19:52:01: Hay que defender desde el colegio a los médicos de la medicina privada contra los abusos de las aseguradoras y de los intermediarios. No existimos para el Colegio de médicos y somos muchos

22 Mar 2017, 20:09:03: Aunque la vida no es un bien absoluto, a nuestros políticos les importa poco o muy poca la salud publica, excepto para ofrecer caramenos electorales

22 Mar 2017, 20:47:15: Soy partidaria de un sistema público de salud pero creo que se ha deteriorado con el paso del tiempo, el mayor problema es la mala gestión de los recursos tanto materiales como de personal. Conozco muchos profesionales que trabajan muy bien y se les paga mal y otros a los que se les paga demasiado para lo que hacen. Hace falta interés politico en mejorar las cosas y cuidar mejor -mejor sueldo, horarios más flexibles, mejores contratos para aquellos que realmente trabajan.

22 Mar 2017, 21:07:12: si el estado no se interesa como es debido aumrntando el personal „las prestaciones etc que se han restringido considerablemente la seguridad social que ha sido puntera siempre se acabara yendo a pique ej. si un profesional se jubila „no sustituyen el puesto de trabajo que se acumula para los que están en activo, el cansancio les hace malhumorados y no tratan con amabilidad a la gente porque están hartos de trabajar en malas codiciones ¡¡

22 Mar 2017, 21:45:47: lo políticamente correcto es nefasto para la sanidad pública

23 Mar 2017, 10:50:55: Hay mucha demagogia en esta encuesta

23 Mar 2017, 10:53:59: Creo es necesraio la optimizacion de los recursos que siempre van a ser li9mitados y las necesidades infinitas. Creo debe dejarse al personal sanitario ocuparse de ello y no a los politicos: Ver vacunas, tratamientos VHC..etc

23 Mar 2017, 12:41:52: Espero que ésta como otras encuestas lleguen donde tienen que llegar „para poder reflejar la preocupante situación de la sanidad pública española.

23 Mar 2017, 13:45:18: Desde la introducción en Sanidad de las figuras de gestión económica, no hemos hecho más que empeorar. A ver cuándo empiezan a hablar de invertir en salud y no de gasto sanitario. Se olvida que una población sana trabaja mejor, rinde más, es más feliz, cuida mejor de sus hijos y su mayores... Lo que con una mirada corta parece un gasto, una visión más amplia no duda que es una inversión y un beneficio para todos

24 Mar 2017, 18:54:01: pienso que hay que cambiar aspectos del sistema sanitario pero más importante es cambiar el sistema de horarios empresarial que permitan 8 horas de sueño, 8 horas de trabajo y 8 horas de disfrute de la vida personal. Probablemente eso permita comidas en casa, ejercicio físico, tiempo de relajación y todo ello con un gran impacto en la salud pública.

24 Mar 2017, 20:30:23: El sistema debe ser gestionado adecuadamente, se necesita un esfuerzo de todos. Los profesionales ya lo hacemos con agendas de 6 minutos por paciente + urgencias + visitas a domicilio + formación. Los pacientes medicados cronicos deben hacer una gestión adecuada de los recursos (medicación, consultas, urgencias, adherencia al tratamiento).

24 Mar 2017, 21:52:31: Tratar de corregir la deshumanización en la medicina, tanto en consultas como hospitales

25 Mar 2017, 19:37:30: La encuesta está dirigida a detectar o confirmar hipótesis de los responsables de la encuesta sobre los recortes, sobre lo que no tengo nada que objetar. No se dirige a la desidia, incumplimiento de muchos trabajadores del sector público que impiden un correcto funcionamiento, eficiencia y alcanzar la excelencia.

25 Mar 2017, 21:32:52: Seria demasiado largo de contar

26 Mar 2017, 16:32:05:

26 Mar 2017, 22:08:12: Sobrecarga asistencial.

27 Mar 2017, 10:45:16: La calidad asistencial depende mucho del presupuesto pero también de la posibilidad de poder despedir fácilmente a personas toxicas(perdedores de tiempo, descuidados, resistentes a los cambios,etc.) y de tener posibilidad de contratar rápidamente a personal en caso de necesidad, es decir de autonomía de gestión del jefe de servicio.

28 Mar 2017, 19:40:26: la visión desde la medicina privada probablemente es restrictiva

30 Mar 2017, 01:13:22: ESPERO QUE SIRVA PARA MEJORAR NUESTRO SISTEMA SANITARIO

30 Mar 2017, 12:05:13: No se puede mejorar la asistencia sin dotar de recursos humanos(profesionales) . El sistema se mantiene por la buena predisposición de sus profesionales , hasta que estos entren en espiral de caída y tras de sí el sistema . Profesionales descontentos , mal pagados , poco motivados a los que cada día se les exige más a cambio de nada . Ello conlleva un desgaste físico y psicológico que pasará factura

31 Mar 2017, 20:53:36: Los profesionales conocen muchas de las ineficiencias del SNS pero se tiene poco en cuenta su opinión para mejorarlo. Soportamos mucha burocracia inútil y circuitos obsoletos. Falta sentido común. No existe una verdadera continuidad entre niveles asistenciales. Se reconoce poco el valor de la atención primaria por parte de los gestores.

2 Apr 2017 , 21:15:04: La crisis de 2008 ha servido de coartada para que el gobierno recorte de forma inhumana el presupuesto para la Sanidad Pública, favoreciendo los intereses de los grupos de presión con intereses económicos en la sanidad antes que los de la población general.

3 Apr 2017 , 10:38:54: el ahorro puede venir desde los mismo politicos con sus dietas, fiestas de recepcion, sueldos, y demostrar q realmente trabajan la gente ne general debería aprender a ser mas consiente de los gastos q ocasionan si no cuidan sus salud, ya de por si ellos osn los q sufren la enfermedad y sus secuelas

10 Apr 2017, 18:32:39: Se ha hablado de sanidad privada sin distinguir entre la verdaderamente privada y la que se realiza a través de sociedades médicas o mutuas. Son completamente distintas. La sanidad enteramente privada funciona estupendamente para quien pueda pagarla aunque creo que la sanidad ha de ser universal y gratuita. Igual de buena, y publica.

17 Apr 2017, 09:57:11: Esta encuesta no me parece que este bien realizada. No hay ninguna pregunta sobre el exceso de gasto sanitario que NO se traduce en una mejor Sanidad como el exceso de pruebas diagnósticas no adecuadas a protocolos , el uso excesivo de medicamentos como antibióticos etc...que producen efectos negativos en la población . Creo que la Sanidad pública que en principio considero que sería la ideal, NO ha hecho un serio examen de autocritica se ha vendido como un producto "político " y yo creo que es algo mucho más serio . No nos podemos permitir un gasto indiscriminado "a gusto del consumidor " Hay que racionalizar el gasto lo que daría lugar a más recursos mejor utilizados =mejor sanidad. Por eso las preguntas sobre política me parecen de pena

Somos médicos que debemos buscar la mejor Sanidad al precio justo y justificado
Por eso es imprescindible CONTROL DE CALIDAD; AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS y publicar los datos Entonces podremos opinar todos con mejor conocimiento Hay demasiada gente que tiene prejuicios políticos en uno y otro sentido
17 Apr 2017, 20:19:28: Creo que yo estoy en una situación económica buena, pero trabajando exclusivamente en un hospital público, creo que la población está peor ahora que hace 10 años. Hay precariedad laboral, aunque ahora es menor que hace 2-3 años. La situación de los jóvenes es terrible, los empleos están muy mal pagados, la precariedad es enorme, y no ven perspectivas de mejoras. Mis hijas tienen 27-28 años, y se consideran una generación perdida, que va a vivir peor que sus padres. Los médicos pueden que estén un poco mejor, pero otros licenciados no ven que su título y su formación sirva para nada.
25 Apr 2017, 12:49:16: puro cotillear
25 Apr 2017, 15:21:20: A los problemas descritos de añade las diferencias que se pueden encontrar entre Comunidades Autónomas.
1 May 2017, 18:43:05: No entiendo que pintan en la encuesta las preguntas personales
9 Jun 2017, 20:38:11: Creo que el mayor impacto de la crisis en el sector sanitario ha recaído en los profesionales, que han visto recortados sus ingresos y derechos laborales. A pesar de ello, creo que se sigue dando una calidad excelente a los pacientes. Pero a largo plazo, el sistema se resentirá porque los profesionales tienen un límite físico y mental para la sobrecarga asistencial

Departamento Sociología IV

Metodología de la Investigación Social y Teoría de la Comunicación

